

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчально-науковий посібник

(за редакцією проф. Л.С. Бабінець)

Тернопіль - 2021

УДК 61:378(075.8)

А 43

Рецензенти:

Матюха Л.Ф. – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри сімейної та амбулаторної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

Гребеник М.В. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії та сімейної медицини ФПДО Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України.

*Рекомендовано до видання вченою радою
Тернопільського національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол №2 від 23 лютого 2021 року)*

А 43

Актуальні аспекти вищої медичної освіти за фахом «Загальна практика-сімейна медицина»: Навч.-наук. посіб. / за ред. проф. Л.С. Бабінець. — Тернопіль: Осадца Ю.В., 2021. – 652 с.

ISBN 978-617-7793-53-2

Навчально-науковий посібник містить наукові і клінічні напрацювання, актуальні для впровадження у педагогічний процес при вивченні дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина», які було подано фахівцями галузі у рамках проведення Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання вищої медичної освіти з формування практичних навичок і компетенцій лікаря загальної практики - сімейного лікаря»

Матеріал навчально-наукового посібника буде цікавим для викладачів, клініцистів, студентів, інтернів, а також науковців у галузі загальної практики-сімейної медицини та інших фахів, які об'єднані спільною метою – надання високопрофесійної, доступної та якісної медичної допомоги громадянам України.

УДК 61:378(075.8)

ISBN 978-617-7793-53-2

© ФОП Осадца Ю.В., 2021

ШАНОВНІ І ДОРОГІ КОЛЕГИ!

Ви тримаєте у руках плід колективної праці – навчально-науковий посібник **«Актуальні аспекти вищої медичної освіти за фахом «Загальна практика-сімейна медицина»**, створений викладачами і клініцистами України, які працюють у галузі вищої медичної освіти за фахом «загальна практика-сімейна медицина» (ЗП-СМ) або небайдужими до неї. Наукові і клінічні напрацювання, актуальні для впровадження у педагогічний процес при вивченні даної дисципліни, було подано фахівцями галузі у рамках проведення Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю **«Актуальні питання вищої медичної освіти з формування практичних навичок і компетенцій лікаря загальної практики - сімейного лікаря»**, яку включено до реєстру заходів МОН України у 2021 році.

Метою створення даного посібника було об'єднання зусиль всіх викладачів медичних вузів України, які розуміють важливість і унікальність фаху ЗП-СМ і особи лікаря ЗП-СМ для становлення ефективної системи охорони здоров'я нашої держави, яка має виконувати запит суспільства – надання якісної, раціональної і максимально наближеної медичної допомоги кожному громадянину України.

Настав час, коли медична спільнота, принаймні її переважна більшість, зрозуміла унікальність фаху ЗП-СМ, який є мультидисциплінарним, пацієнт-орієнтованим і профілактично спрямованим. Амбулаторне ведення пацієнта, який довірив сімейному лікарю своє здоров'я і життя, заключивши з ним декларацію на медичне обслуговування, має суттєві відмінності від госпітального ведення. Сімейний лікар веде пацієнтів від народження до останнього подиху життя, опікується проблемами усієї сім'ї, вирішує не тільки загальнотерапевтичні, але й велику кількість вузькопрофільних (офтальмологічних, неврологічних, геронтологічних, отоларингологічних, ортопедичних, гінекологічних та ін.) проблем, займається профілактичною та протиепідемічною роботою. Крім того, лікар ЗП – менеджер в амбулаторії лікаря ЗП-сімейного лікаря, провадить організаційну, санітарно-просвітню діяльність, вирішує питання матеріально-технічного забезпечення свого закладу. Останніми роками створено нову систему фінансування первинної медичної

допомоги (ПМД), правові та юридичні засади, що дають можливість лікарю ПМД працювати як фізична особа-підприємець (ФОП), що відкрило перспективи виходу на рівень формування самостійної лікарської практики із залученням державного фінансування, а також додаткових джерел залучення коштів з метою більш якісного надання медичних послуг населенню. Це вимагає від медичних працівників ПМД активного формування лідерства у своїй професійній діяльності, а також безперервного професійного навчання і розвитку.

Усі ці виклики і реалії практики ПМД вимагають від педагогів-медиків, теоретиків і клініцистів, оптимізувати програму викладання своїх дисциплін для якомога більш швидкого і глибокого за контентом формування філософії лікаря загальної практики-сімейного лікаря, починаючи ще з першого курсу навчання у медичному вузі.

Крім того, це ставить також і нові вимоги розвитку науки у галузі ЗП-СМ для формування нових протоколів ведення пацієнтів на рівні ПМД на засадах доказовості, наукового обґрунтування нових раціональних, ефективних і водночас економічно доступних алгоритмів діагностики, лікування і профілактики найбільш поширених захворювань і вирішення найбільш актуальних проблем ПМД.

Сподіваємося, що матеріал навчально-наукового посібника буде цікавим для викладачів, клініцистів, студентів, інтернів, а також науковців у галузі ЗП-СМ та інших фахів, які об'єднані спільною метою – надання високопрофесійної, доступної та якісної медичної допомоги громадянам України.

ЗМІСТ

Бабінець Л.С.

10-літтю Асоціації сімейної медицини Тернопільщини і 22-літтю рідної кафедри присвячується 14

Бабінець Л.С.

Актуальні аспекти викладання тематики щодо міжнародної класифікації ПМД ІСРС-2 як важливого інструменту для оптимізації роботи сімейних лікарів..... 26

Матюха Л.Ф., Бабінець Л.С.

Основні етапи історії розвитку сімейної медицини в Україні та Української асоціації сімейної медицини 46

Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М.

Сучасні інноваційні технології в підготовці сімейного лікаря 64

Височина І.Л., Гайдук О.І., Башкірова Н.С.

Особливості викладання дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина) на додипломному етапі на кафедрі сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА»..... 76

Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Ткаченко М.В., Шилкіна Л.М., Кир'ян О.А.

Симуляційні технології в навчанні сімейних лікарів..... 81

Висоцька О.І., Виноградова Г.М., Головчанський О.М., Мешкова О.М., Висоцький В.І., Бакуліна А.А., Бик В.І., Скворонська А.В.

Дистанційне навчання як ефективний формат безперервного професійного розвитку лікарів з питань невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі..... 86

Журавльова Л.В., Цівенко О.І., Лахно О.В.

Особливості дистанційного навчання при підготовці лікарів-інтернів..... 93

Корж О.М.

Оптимізація післядипломної медичної освіти сімейних лікарів в умовах дистанційного навчання..... 95

Катеренчук І.П.

Преваги та недоліки впровадження дистанційного навчання при вивченні внутрішньої медицини на додипломному етапі навчання 107

Журавльова Л.В., Сікало Ю.К., Олійник М.О., Федоров В.О.

Досвід організації курсів тематичного удосконалення лікарів у змішаному форматі з елементами дистанційного навчання на прикладі окремої кафедри..... 112

Волошин О.І., Глазук Т.О., Сенюк Б.П., Волошина Л.О.

Досвід впровадження матеріалів пандемії COVID-19-інфекції в навчальний процес лікарів-інтернів терапевтичного профілю..... 115

Шехунова І.О., Боєв С.С., Доценко М.Я., Герасименко Л.В., Яценко О.В., Молодан О.В., Малиновська О.Я.

Досвід післядипломного навчання лікарів в умовах пандемії..... 118

Orarin A.A., Murghuzov M.A.

Features of the quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease with concomitant sleep apnea syndrome and chronic obstructive pulmonary disease 124

Андріюк Л.В.

Клініко-патогенетична діагностика і реабілітація хворих з дегенеративно- дистрофічними ураженнями шийного відділу хребта 126

Банадига Н.В.

Запровадження стратегії раннього втручання у веденні рекурентного бронхообструктивного синдрому в умовах пандемії COVID-19 130

Михайловська Н.С., Стецюк І.О.

Комбінована фармакотерапія ішемічної хвороби серця, асоційованої з постменопаузальним остеопорозом: акцент на клінічну ефективність..... 133

Ільков О.В., Колесник П.О.

Доповідь «Менеджмент пацієнтів з COVID-19 на рівні ПМСД в Україні: аналіз результатів анкетування сімейних лікарів у порівнянні зі світовими стратегіями» 142

Волошина О.Б., Саморукова В.В.

Лекція для сімейних лікарів, та лікарів-інтернів. Тема:
«експертиза тимчасової непрацездатності в практиці сімейного
лікаря та в умовах пандемії COVID -19»..... 143

Боровик І.О.

Ефективна комунікація в медичній практиці..... 154

Боцюк Н.Є.

Імплементация уніфікованого клінічного протоколу первинної
медичної допомоги «інтегроване ведення хвороб дитячого
віку» в практику підготовки лікаря загальної практики-
сімейної медицини на додипломному рівні 189

Воронцов О.О.

Деякі сучасні особливості викладацької практики з питань
допологового спостереження та надання акушерської допомоги
сімейними лікарями 214

Корильчук Н.І.

Вибіркова дисципліна «Практична дієтологія. Типологічні
особливості харчової поведінки» - щось забуте старе, чи йдемо
в ногу з часом 219

Творко В.М.

Впровадження клінічних протоколів та настанов, елементів
доказовості у викладання основ сімейної медицини на
додипломному рівні – вимога часу 228

Рябоконт С.С.

Методологія викладання пульмонології на кафедрі первинної
медико-санітарної допомоги та загальної практики сімейної
медицини Тернопільського національного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського..... 235

Кицай К.Ю.

Методи оцінки структурного стану підшлункової залози у
хворих на хронічний біліарний панкреатит у практиці
сімейного лікаря 245

| | |
|--|-----|
| Мігенько Б.О., Мігенько Л.М. | |
| Основні аспекти підготовки лікаря загальної практики та сімейної медицини до особливостей лікування хворих на хронічний панкреатит й постхолецистектомічний синдром в сучасних умовах на додипломному рівні викладання | 258 |
| Олещук О.М., Курило Х.І., Кліщ І.М., Вольська А.С. | |
| Оптимізація навчального процесу в Тернопільському національному медичному університеті в рамках дистанційного навчання | 272 |
| Бабінець Л.С. | |
| Викладання теми «Ведення бронхіальної астми у практиці сімейного лікаря» у рамках циклу «Загальна практика-сімейна медицина»: як відповісти на запитання пацієнта | 282 |
| Боцюк Н.Є. | |
| Особливості викладання загальної практики-сімейної медицини на додипломному рівні навчання в умовах пандемії COVID-19 | 291 |
| Бабінець Л.С. Хомин Г.О. | |
| Поняття коморбідності при викладанні загальної практики-сімейної медицини (на прикладі поєданого перебігу хронічного панкреатиту із вірусним гепатитом С) | 296 |
| Миколенко А.З., Боднар Я.Я., Головата Т.К., Дацко Т.В. | |
| Роль студентської олімпіади з патоморфології в поглибленні знань на додипломному етапі підготовки лікарів | 304 |
| Бабінець Л.С. | |
| Актуальні питання викладання тематики щодо підбору медикаментозної терапії при артеріальній гіпертензії в амбулаторній практиці (у питаннях і відповідях) | 309 |
| Багній Н.І., Геряк С.М., Багній Л.В., Стельмах О.Є., Корда І.В., Петренко Н.В., Ониськів Б.О. | |
| Самостійна робота студентів в умовах дистанційного навчання як невід’ємний компонент безперервного професійного розвитку лікаря загальної практики | 315 |

| | | |
|--|--|-----|
| Бабінець Л.С. | Актуальні мультидисциплінарні аспекти ведення артеріальної гіпертензії і прихильність пацієнта до антигіпертензивної терапії в сімейній медицині і викладацькій практиці | 319 |
| Банадига А.І. | Сучасні підходи до діагностики та лікування захворювань у викладацькій практиці в умовах дистанційного навчання..... | 328 |
| Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Ткаченко М.В., Волченко Г.В., Шилкіна Л.М. | Сучасні тенденції в підготовці сімейного лікаря в умовах реформування медичної галузі | 334 |
| Римар С.М. | Сучасна медична освіта в Україні в умовах дистанційного навчання | 339 |
| Краснодемська Г.С. | Актуальні питання та стратегії ведення дистанційного навчання в медичному фаховому коледжі | 342 |
| Бабінець Л.С. Галабіцька І.М. | Складне питання клінічної панкреатології для студентів 6 курсу на циклі «Загальна практика-сімейна медицина»: діагностика раку підшлункової залози (на клінічному прикладі)..... | 345 |
| Бігуняк Т.В. | Кейс-метод в умовах дистанційного навчання..... | 354 |
| Бабінець Л.С., Махніцька І.В. | Відпрацювання навички застосування рН-метрії у персоніфікованому веденні пацієнта у загальнолікарській практиці (на клінічному прикладі)..... | 363 |
| Бабінець Л.С., Онуфрик З.Я. | Актуальні питання викладання хронічного панкреатиту на кафедрі первинної медичної допомоги: тютюнопаління, загальноклінічні і біохімічні аспекти..... | 369 |
| Мандзій З.П. | Діагностика та лікування хвороби Гоше | 377 |

| | |
|---|-----|
| Бабінець Л.С., Сасик Г.М. | |
| Антиоксидантний захист при коморбідності хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2 типу в амбулаторній практиці..... | 385 |
| Пасієшвілі Л.М., Железнякова Н.М., Пасієшвілі Т.М. | |
| Складнощі у підготовці сімейних лікарів: паліативна допомога контингенту від А до Я..... | 387 |
| Шайген О.Р., Бабінець Л.С. | |
| Впровадження положень європейських протоколів у первинну лікарську і викладацьку практику щодо ведення пацієнтів з вірусними гепатитами | 391 |
| Сабат З.І., Бабінець Л.С. | |
| Можливості визначення вегетативного статусу у пацієнтів гастроентерологічного профілю в амбулаторній практиці і викладацькій практиці | 404 |
| Журавльова Л.В., Власенко А.В. | |
| Сучасні діагностичні критерії неалкогольної жирової хвороби печінки при цукровому діабеті 2 типу..... | 412 |
| Земляк О.С., Бабінець Л.С. | |
| Детоксикаційна складова у комплексній терапії загострення хронічного панкреатиту в амбулаторних умовах..... | 413 |
| Салій З.В., Шкробот С.І., Салій М.І. | |
| Імплементация нової системи класифікації епілепсії в освітній процес | 419 |
| Бабінець Л.С., Боровик І.О. | |
| Синдром емоційного вигорання у медичних працівників. | 428 |
| Корильчук Н.І., Воронцов О.О., Ясній О.Р. | |
| Проведення ОСКІ: погляд викладачів старших курсів..... | 441 |
| Бількевич Н.А., Андрейчин С.М. | |
| До питання студент-орієнтованого підходу в організації навчального процесу в медичному ЗВО: хто вони, наші студенти?..... | 453 |
| Криськів О.І., Гребеник М.В. | |
| Як стати хорошим лікарем | 461 |

| | |
|---|-----|
| Самогальська О.Є. | |
| COVID-19 та ураження печінки | 468 |
| Банадига Н.В., Рогальський І.О. | |
| Комунікація лікаря і суспільства – важлива складова профілактики та лікування хвороби Лайма у дітей..... | 470 |
| Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Ткаченко М.В. | |
| Впровадження європейських стратегій навчання сімейних лікарів на кафедрі сімейної медицини і терапії | 472 |
| Грищук Л.А. | |
| Виявлення і ведення хворих на туберкульоз лікарями загальної практики-сімейної медицини у сучасних умовах..... | 477 |
| Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Іщейкіна Ю.О., Ткаченко М.В., Волченко Г.В., Лебідь В.Г. | |
| Роль викладача-клініциста у формуванні майбутнього сімейного лікаря | 488 |
| Бабінець Л.С., Махніцька І.В. | |
| Варіант ефективного лікування хронічного Н.рylogi-асоційованого гастриту на тлі хронічного панкреатиту із використанням вітамінного комплексу | 492 |
| Шевченко Н.О. | |
| Використання міжнародних опитувальників при оцінці вегетативної дисфункції та якості життя у пацієнтів із хронічним панкреатитом середнього віку..... | 494 |
| Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Шилкіна Л.М., Ткаченко М.В. | |
| Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення кваліфікації лікарів | 495 |
| Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О. | |
| Особливості підходів до діагностики та лікування уражень опорно-рухового апарату у хворих на COVID-19 (клінічний випадок)..... | 502 |

| | |
|--|-----|
| <i>Бабінець Л.С., Галабіцька І.М.</i> | |
| Вплив комплексного лікування пацієнтів з первинним остеоартрозом у коморбідності зі зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози на патогенетичні параметри та перебіг захворювання..... | 504 |
| <i>Катеренчук І.П., Рустамян С.Т.</i> | |
| Нирки здорові, хворі, штучні, трансплантовані – що потрібно знати сімейному лікарю?..... | 524 |
| <i>Мандзій З.П.</i> | |
| Корекція залізодефіцитних станів у клініці внутрішніх захворювань на етапі лікаря сімейної медицини - загальної практики | 525 |
| <i>Олійник Н.М., Ткачук Н.І.</i> | |
| Особливості фіброзувальних процесів при формуванні цирозів печінки різної етіології, сучасні принципи терапії | 536 |
| <i>Бабінець Л.С., Сасик Г.М.</i> | |
| Застосування амінокислотного гепатотропного засобу у комплексній терапії неалкогольного стеатогепатиту і хронічного панкреатит | 556 |
| <i>Романюк Л.Б.</i> | |
| Роль мікробіологічних знань у підготовці лікаря загальної практики-сімейної медицини на додипломному етапі | 567 |
| <i>Коцаба Ю.Я., Бабінець Л.С.</i> | |
| Корекція дисбіотичних змін у хворих на хронічний панкреатит на етапі амбулаторної допомоги | 585 |
| <i>Медвідь І.І., Герасимець І.І.</i> | |
| Корекція вегетативних порушень як засіб покращення ефективності лікування хворих на есенціальну гіпертензію і супутній хронічний панкреатит..... | 593 |
| <i>Андрейчин С.М., Кучер С.В., Ярема Н.З., Ганьбергер І.І., Мудра У.О.</i> | |
| Діагностика захворювань з позиції доказової медицини | 595 |
| <i>Рябокоть С.С., Рябокоть М.О., Романюк Н.Є., Романюк Л.М.</i> | |
| Роль первинної ланки в наданні соціальної послуги паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам Тернопільщини..... | 596 |

Маляр О.М.

Особливості якості життя при коморбідному перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та ожиріння у пацієнтів молодого віку 606

Гніздюх Р.В., Шманько В.В.

Поліморфізм гена t786c ендотеліальної по-синтази та гена a1166c рецептора ангіотензину іі першого типу у хворих на артеріальну гіпертензію у мешканців Тернопільської області 607

Кулянда О.О., Габрусєв В.Ю., Грод І.М. Кулянда О.О., Габрусєв В.Ю., Грод І.М.,

Використання інтерактивного модуля діяльності «Урок» у системі управління навчальним контентом «Moodle» 610

Багній Л.В.

Сучасні методи діагностики стеатогепатозу у вагітних із надмірною масою тіла на етапі диспансерного спостереження як предиктор попередження акушерських ускладнень 625

Михалків М.М., Івануса І.Б.

Особливості викладання аналітичної хімії на фармацевтичному факультеті ТНМУ в умовах дистанційного навчання 627

Кравець Н.Я.

Огляд рекомендацій по забору матеріалу для проведення швидкого тесту на виявлення антигену SARS-COV-2 632

Бількевич Н.А., Верещагіна Н.Я., Кавецька Н.А., Чернець Т.Ю., Лихацька В.О., Руда М.М.

Досвід формування навичок з фізикального обстеження пацієнта в умовах дистанційного навчання студентів: нівелюючи обмеження, використовуємо переваги 649

**10-ЛІТТЮ АСОЦІАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ТЕРНОПІЛЬЩИНИ І 22-ЛІТТЮ РІДНОЇ КАФЕДРИ
ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ**

Коли ти запрограмований на струнку і послідовну дорогу в медицині, яка так склалася, що з першого дня перебування у ній ти стаєш «дитиною» поліклініки (це не було омріяно, просто так «від Бога»), то зовсім не дивно, що ти після захисту кандидатської дисертації, попавши до рідного університету, просишся на кафедру поліклінічної справи.

Нова кафедра - кафедра поліклінічної справи - була створена у січні 1999 року у Тернопільській державній медичній академії на запит українського суспільства у числі перших в Україні у зв'язку з необхідністю покращувати підготовку лікарів для первинної медичної допомоги. Вже тоді самі передові керівники вищих навчальних медичних закладів, а саме таким новатором-передовиком був наш тодішній ректор член-кореспондент НАМН України, д-р мед. наук, професор Леонід Якимович Ковальчук, зрозуміли, що це веління часу – розвивати й укріпляти амбулаторну медицину, сімейну медицину, первинну медико-санітарну допомогу. Тому можна точно стверджувати, що ініціатором і вдохновителем народження нашої кафедри був проф. Л.Я. Ковальчук. Але саме головне, що на додипломному рівні вищої медичної освіти такої мультидисциплінарної кафедри з базових дисциплін (терапія, педіатрія, акушерство та гінекологія, хірургія, невідкладна допомога), як наша, не було на той час в Україні. Крім того, кафедру створили з навчальних годин основних базових дисциплін, що зробило її значимою, повноцінною і потенційно престижною. Ця світла, добра енергетика від самої ідеї талановитої людини, науковця і практика медицини проф. Л.Я. Ковальчука від самого початку визначила добру долю нашої кафедри та її колективу. І цікаво, що йдуть роки, зміюються погляди на організацію первинної медичної допомоги, а наша кафедра та її програма завжди у «добрій моді». Приходять, як тепер кажуть, «гранітоїди», часом люблять поговорити високими словами «ні про що», ще й коштом спонсорів, а роботу на запит

українського пацієнта і українського лікаря робимо саме ми. Я твердо переконана у цьому.

Працюючи після закінчення Тернопільського медичного інституту протягом понад 10 років у Тернопільській міській поліклініці №2, яка стала клінічною базою нашої кафедри, ні про яку іншу кафедру я й не могла мріяти. Коли мені, лікарю із захищеною кандидатською дисертацією, а саме у такому статусі я звернулася до ректора, було запропоновано «помріяти», чого б я хотіла, безумовно, мною було обрано саме цю кафедру, яка одразу стала для мене рідною. А рідна – це значить, що щоб не було потім, ні про яке інше місце роботи я ніколи б не могла й думати.

Є такий вираз, що у рідному домі й стіни бережуть. Отак і для мене. Рідна лікарня і поліклініка (тоді поліклініка була структурним підрозділом Тернопільської міської лікарні №2), де я працювала після інтернатури з 1988 року, завжди берегла мене, додавала мені сил, формувала й досі формує мене як клініциста саме в галузі амбулаторної медицини. Саме тому мені завжди було легко працювати на нашій кафедрі, оскільки це дуже важливо, коли ти викладаєш те, чим ти «дихаєш», що ти розумієш, коли ти маєш що передати молоді і колегам. Мій вибір тоді дав мені можливість продовжити мою клінічну роботу, продовжувати науково-дослідну роботу саме в галузі первинної медичної допомоги і профілактичної медицини. Тому моя робота і професійне життя на рідній кафедрі завжди було органічним, «ідейним», дуже оптимістичним. Саме за це люблю нашу кафедру та її колектив! Я його не ідеалізую, бо ми усі різні, треба цінити людей за те добре, що у них є, особливо у нашій спільній справі. Боюсь тільки зради – це страшно! Більше нічого. І над усе ціную вірність і порядність. Це – головне, що є в людини. Бо вірності немає без органічної справедливості і почуття любові до людини. Тільки щаслива людина може бути вірною. Зрадників боюся, вони ранять, але прощаю, бо вони нещасні люди.

Першим завідувачем нашої кафедри та її творцем і «татом» став д-р мед. наук, проф. Володимир Броніславович Гоцинський, який дуже тепло прийняв мене до свого колективу, сприяв моєму розвитку і становленню, за що я завжди буду йому вдячна. Те, що першим керівником кафедри, був хірург за фахом, на мою думку, додало нам

всім рішучості, сміливості, швидкості прийняття важливих рішень. Я б навіть сказала, що це додало удачі, якоїсь динамічності та оптимізму.

Проф. В.Б. Гощинський - по-справжньому демократична людина, реалізований високофаховий хірург, талановитий науковець, багатий на ідеї та життєву енергію. Це дозволило працювати спокійно, знаючи, що тебе завжди підтримають, зрозуміють, підуть на зустріч. У той же час всі ми намагались не підводити нашого керівника. Безумовно, без труднощів і мілких непорозумінь не могло обійтись, однак все завжди легко вирішувалось. Колектив кафедри завжди був по-справжньому «сімейним», тому дуже органічно на певному етапі кафедра стала кафедрою поліклінічної справи та сімейної медицини. Щаслива, що далі дружимо з Володимиром Броніславовичем, і я завжди знаю, що є взаєморозуміння і відчуття рідної людини.

Доцентом кафедри я стала у 2003 році, коли ми вже отримали статус кафедри сімейної медицини, що ознаменувало новий, більш глибокий за змістом етап розвитку первинної медичної допомоги у нашій країні. Так наша кафедра розвивалась «у ногу» з часом, з розвитком системи охорони здоров'я в Україні. У цьому «родзинка» нашої кафедри: сімейна медицина – це не просто надзвичайно контентна міждисциплінарна галузь медичних знань, але й дуже значима складова соціальної медицини і організації охорони здоров'я, медичного менеджменту і дуже вимоглива гуманітарна сфера медичної діяльності. Це дуже непросто для працівників, але це дисциплінує і вимагає постійного самоудосконалення. Саме у цей час мені довелось працювати над докторською дисертацією, що я згадую з теплом, оскільки все виходило «легко», струнко, робота, як то кажуть, спорилась. Так може бути тільки в доброму колективі із добрим керівником. Саме у такому колективі я маю удачу працювати. Низький всім уклін, велика шана проф. В.Б. Гощинському!

У 2007 році я стала доктором медичних наук, що змінило моє життя, вивело на новий рівень. Тільки у хорошому колективі стало можливим продовжити подальші наукові дослідження, поєднувати педагогічну і лікувальну роботу.

Тоді ж доля розпорядилася так, що мені довелося спробувати себе в організаційно-адміністративній галузі – попрацювати в

адміністрації нашого вузу: протягом 2010-2012 років спочатку - в лікувальному відділі помічником проректора, пізніше - в науковому відділі проректором з наукової роботи. Як відомо, така робота вимагає багато сил, що часто відображається на успішності у клінічній складовій, науковій і педагогічній. Однак у нашому колективі я завжди мала підтримку, розуміння і толерантне ставлення. За це також велика подяка колективу і особисто проф. В.Б. Гощинському!

У 2010 році я стала професором нашої кафедри, що вважаю чи не найвищим своїм досягненням, бо саме цей титул є самим високим мірилом і званням для науковця і викладача. Це відкрило для мене нову галузь моєї діяльності і реалізації – працювати у якості наукового керівника дисертаційних досліджень уже моїх власних учнів, магістерських робіт, а на сьогодні – стати консультантом докторських дисертацій. Це дуже відповідально і може бути успішним тільки за умови підтримки колективу кафедри. І знов я цю підтримку отримала. Дуже поважаю своїх учнів, оскільки вони розвивають і продовжують спільну справу. Ціную, що вони обрали мене як наукового керівника. Шкода, що на рідній кафедрі станом на сьогодні працює лише одна моя учениця, а всі інші посилили колективи інших кафедр університету. Рада, що й надалі співпрацюю з кожним з моїх учнів. Разом друкуємо статті, посібники, допомагаємо у проведенні конференцій, особливо з питань сімейної медицини. Дуже здорово працювати у самій інтегративній галузі медицини – загальній практиці-сімейній медицині. Цей фах мультидисциплінарний, самий наближений до людей, тому з позиції практично кожної кафедри нашого університету можна знайти корисну нішу для розвитку і прикладання сил! Дякую своїм колегам і учням!

З 2012 року на рідній кафедрі мені довелось спробувати свої сили в якості завідувача кафедри на ту пору вже кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини.

Хочу висловити вдячність рідному колективу, який дав мені шанс працювати у цій дуже непростій ролі, а на даний момент – ще й

підтвердив повторно свою підтримку для мене як керівника нашого прекрасного колективу.

Хочу знов-таки низько поклонитись добрій пам'яті покійного ректора проф. Л.Я. Ковальчука, який вніс пропозицію щодо перейменування нашої кафедри, розширивши поняття сімейна медицина терміном «первинна медична допомога». Не всі це тоді зрозуміли. Виходить так, що ще тоді у 2011-12 рр. він відчував, як буде йти реформування української системи охорони здоров'я, у якому таку велику роль буде відігравати система змін саме на первинці. Роздумуючи тепер над цим феноменом, я розумію, що такі люди, як він, реалізовані у тій справі, яку обрали, завжди добре підмічають загальні тенденції, оскільки дивляться на світ добрим спокійним оком. Це з одного боку. А з другого боку, люди, наділені талантом універсальності мислення і дії, також приречені бути провидцями. Таким був Леонід Якимович – різним у різних ситуаціях, але талановитим і тим, що веде за собою. Низький уклін і вічна пам'ять!

Тоді ж ми стали ініціаторами створення регіональної громадської організації «Асоціація сімейних лікарів Тернопільської області» (тепер перейменовано на ГО «Асоціація сімейної медицини Тернопільщини» через розширення повноважень ГО і залучення до неї середніх медичних працівників первинки області). Натепер наша професійна асоціація налічує до 500 працівників первинної медичної допомоги нашої області. Я горда тим, що колектив нашої кафедри зумів очолити процес створення асоціації, створити добру традицію щорічно проводити щоквартальні міжрегіональні науково-практичні конференції «Медичні інновації – в практику сімейного лікаря», а також щороку традиційну щорічну всеукраїнську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакотерапії, профілактики та реабілітації в практиці сімейного лікаря». Станом на сьогодні робимо ще один крок уперед – проводимо першу науково-практичну конференцію «Актуальні питання вищої медичної освіти з формування практичних навичок і компетенцій лікаря загальної практики - сімейного лікаря», яка має важливу педагогічну складову. Необхідно обмінюватися досвідом, накопиченим у галузі формування філософії сімейного

лікаря, який є державною фігурою, відповідальною за здоров'я і якість життя своїх пацієнтів. Необхідно всім викладачам вносити свій внесок до викладання цієї важливої дисципліни, такої значимої у любому суспільстві.

У рамках конференцій самими фаховими науковцями і практиками первинної медичної допомоги презентуються сучасні підходи до діагностики та лікування найбільш розповсюджених захворювань внутрішніх органів в практиці сімейного лікаря, розглядаються хірургічні, травматологічні, педіатричні та акушерсько-гінекологічні аспекти в сімейній медицині, проводяться семінари з немедикаментозних методів лікування у сімейній медицині, а також Форум друкованих робіт молодих вчених за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», які виходять друком у фаховому виданні «Здобутки клінічної та експериментальної медицини». Ще одна інновація – створення навчально-наукового посібника «Актуальні аспекти вищої медичної освіти за фахом «Загальна практика-сімейна медицина», де будуть представлені написані різними фахівцями вищої медичної освіти матеріали, потрібні для викладання загальної практики-сімейної медицини.

Регулярними стали виїзні науково-практичні конференції у райони області, що дозволяє тримати «руку на пульсі» практичної медицини, а це дає можливість кріпити зв'язки з лікарями і фельдшерами первинки області, а також робить нашу педагогічну діяльність практично орієнтованою. Наші студенти, наше майбутнє, повинні розуміти реалії і запити сімейки, а також уявляти собі її перспективи. У нових реаліях, у період пандемії коронавірусної хвороби працюємо у режимі онлайн, що непросто, але ми «тримаємо удар».

Гордимся також нашими молодими науковцями, яких бачимо як наших колег сьогодні і нашу зміну завтра. Чотирнадцять талановитих і працюючих молодих науковців стали вже кандидатами медичних наук під моїм керівництвом: О.С. Квасніцька, Л.М. Мігенько, О.Я. Драпак, Ю.Я. Коцаба, І.М. Галабіцька, Н.А. Мельник, У.М. Захарчук, І.І. Медвідь, В.І. Білочицька, Ю.В. Дроняк, А.Л. Надкевич, І.В. Семенова, Т.Г. Маєвська, К.Ю. Кицай, причому

десять із них – за фахом «загальна практика-сімейна медицина». Дякую їм і горджуся ними!

Готуються до «штурму» рубежа досягти звання доктора філософії аспіранти 4-го року навчання нашої кафедри О.С. Земляк, О.Р. Шайген, Г.М. Сасик, успішно працюють аспіранти 2-го року З.І. Сабат, О.В. Редьква, Г.О. Хомин, З.Я. Онуфрик і 1-го року - І.В. Махніцька. Хочу побажати їм і собі успіху, мужності і віри у світле наукове і лікарське майбутнє! І так воно і буде!

Працюють над виконанням наукових робіт докторанти І.М. Галабіцька і Н.І. Шевченко. Нехай нам щастить, нехай все задумане буде реалізоване!

Робота з молоддю – величезна радість. Студенти і молоді науковці своєю молодого енергією, своїм оптимізмом і сумнівами дуже мотивують до постійного удосконалення як педагога, клініциста і науковця.

У дні 22-літнього ювілею рідної кафедри і 10-ліття професійної асоціації хочеться з теплом згадати тих наших працівників, яких вже немає з нами – це кандидат медичних наук Г.Ф. Чернявська, Г.В. Титар, доцент І.І. Жура, доцент А.В. Заря, професор Є.М. Стародуб. Низький уклін цим прекрасним фахівцям, досвідченим педагогам, які стали нашими добрими наставниками у професії та у житті. Завжди пам'ятатимемо їхній внесок у становлення нашого колективу, у підсилення нашого іміджу та авторитету. Нехай з Богом спочивають! А головне, що справа їхнього життя нами продовжується, їхній безцінний фаховий і життєвий досвід завжди з нами, він конвертований у наші традиції.

Хочеться висловити велику вдячність тим, хто на різних етапах мого буття на рідній кафедрі працював у нашому колективі: проф. В.Б. Гощинський, доцент В.В. Павліковська, канд. мед. наук Р.А. Бадюк, канд. мед. наук Н.О. Єпішина, канд. мед. наук Н.В. Михайлечко, канд. мед. наук Н.О. Архіпова, канд. мед. наук Ю.П. Кузьмич, доцент С.М. Бутвин, канд. мед. наук М.В. Бойчак, канд. мед. наук Л.С. Цибульська, канд. мед. наук Н.О. Марченкова, канд. мед. наук Н.Б. Галіяш, І.Ф. Банадига. Ці прекрасні викладачі внесли долю своєї енергетики у здобуток нашої кафедри, хочеться сподіватися, що збагатились і вони самі, долучившись до

демократичної і людяної традиції нашого колективу. Завжди буває приємно зустрітися з бувшими колегами, які перебувають на заслуженому відпочинку або волею долі працюють на інших кафедрах нашого вишу, поповнили ряди закладів практичної медицини, як колишні магістри кафедри Т.А. Безкоровайна, Н.А. Назарчук, З.Я. Пінкевич, клінічний ординатор У.М. Захарчук, А.Л. Надкевич, І.В. Семенова або навіть перебувають в інших країнах, як асистент кафедри Н.О. Архіпова (у США) і колишні клінічні ординатори Ю.В. Коваль і Ю.В. Шевчук (у Канаді).

Надзвичайно успішними працівниками рідного університету у складі викладацького складу інших кафедр стали вихованці нашої кафедри кандидати мед. наук О.С. Квасніцька, Л.М. Мігенько, О.Я. Драпак, Ю.Я. Коцаба, І.М. Галабіцька, Н.А. Мельник, І.І. Медвідь. Шкода, що вони не підсилили наш колектив, думається, що це було б правильно, однак мені як науковому керівнику гордо, що мої учні успішні, реалізовані, на доброму рахунку, бо вони навчені чесно наполегливо працювати, бути активними в науці, лікувальному процесі і громадському житті. Ці молоді спеціалісти мають активну життєву позицію, надзвичайно працездатні і налаштовані на успіх. Доброї Вам долі, дорогі мої молоді колеги!

Рада приходу на нашу кафедру молодих талановитих докторів філософії К.Ю. Кицай і А.І. Банадиги. Вони реально посилили наш дружний колектив молодією енергією і красою, швидким розумом і більш високим рівнем знання іноземної мови та інформаційних технологій. Хай щастить молодим колегам! Доброго продовження добрих традицій!

Велика вдячність моїм теперішнім колегам, без яких вже й не уявляю свого життя. Це вже не просто співробітники, але близькі люди, які у радісні дні і часи випробувань були поряд, підставляли плече, і дуже сподіваюсь, що на довгі роки ми зможемо підтримувати один одного, радіти успіхам, словом і ділом підтримувати один одного.

Дякую нашому дорогому і шановному доценту О.О. Воронцову, який очолює акушерсько-гінекологічний блок кафедри, є талановитим педагогом, одним з небагатьох в Україні спеціалістів у галузі амбулаторних акушерства і гінекології. Це натхненний працівник,

який щиро любить молодь, є справжнім інтелігентом, досвідченим педагогом, який зберігаючи традиції в медицині і педагогіці, вміє бути сучасним і завжди йде у ногу з часом! О.О. Воронцов не є багатослівним, але він надзвичайно справедливий, на нього завжди можна розраховувати у скрутну хвилину. Дуже ціную його чоловічу підтримку, високий рівень культури і креативне мислення!

Не уявляю нашого колективу без доцента Н.Є. Боцюк, яка прийшла до нашого колективу вже сформованим і досвідченим педагогом після роботи у коледжі і на кафедрі педіатрії нашого вишу. Надзвичайно відповідальна у роботі, академічна у викладацькому процесі, толерантна і глибинно добра і справедлива у житті, вона вміє поєднувати в собі життєву мудрість, виваженість і дипломатичність у стосунках з юнацькою енергійністю, оптимізмом і душевною щедрістю. У моїй уяві саме таким і має бути справжній педагог і до того ж клініцист-педіатр – завжди допоможе, розрадить, заспокоїть, підтримає і знайде навіть для критики, коли це буває потрібно, красиву, толерантну і необразливу форму. Дякую, дорога моя однокурснице, рівняюсь на тебе, люблюся тобою, ціную твою підтримку! Тримайся у красі, бо це мене надихає! Завжди пам'ятай про це!

Доцент І.О. Боровик на нашій кафедрі є надзвичайно важливою і авторитетною людиною, оскільки вона завуч, хранитель порядку і організатор системної роботи кафедри. Вона є талановитим менеджером педагогічного процесу, перфектним викладачем, дуже успішним терапевтом і гастроентерологом. Користується великою повагою всіх працівників кафедри, є опорою для мене як керівника нашого маленького дружного колективу. Якщо потрібно оцінити ступінь надійності у роботі, то про І.О. Боровик можна сказати, що він найвищий. А для мене І.О. Боровик просто часто виступає порадником у житті, співавтором при написанні статей і створенні інших продуктів інтелектуальної творчості, партнером у навчальній і громадській роботі. Вона справжній взірець працездатності і гармонійності улюбій справі.

Доцент Н.І. Корильчук – мій заступник як завідувача кафедри. І цим багато сказано, оскільки на неї завжди можна покласти, вона наділена рідкісним менеджерським даром, вміє ефективно

організувати любий робочий процес – студентську науково-практичну конференцію, культурний або волонтерський захід, мистецьку акцію, екскурсію, вона справжній донатор ідей при вирішенні любого завдання і навіть такого складного як формування солідного посібника, як «Первинна медична допомога» у 2-х томах, «Сімейна медицина:реалії та перспективи». Надзвичайно креативна у педагогічному процесі, підготовці лекцій і виступів перед студентами і лікарями. Н.І. Корильчук завжди пам'ятає про традиції, завжди знайде форму висловити свою повагу, коли хтось на неї заслуговує, щось незаметно і вчасно підказати при потребі, підставити плече у скрутну хвилину, але й щиро радіти кожній позитивній навіть дрібній події. Дуже сподіваюся на нашу довготривалу взаємопідтримку! Н.І. Корильчук – приклад для мене у сфері менеджменту, завжди прислухаюся до її порад, оскільки вони завжди призводять до успіху!

Доцент В.М. Творко є взірцем справжнього якісного викладача, оскільки у ньому поєднується добра сімейна викладацька традиція, клінічний досвід у галузі невідкладної кардіології і терапії, а також небайдужість до проблем молоді. В.М. Творко є дуже надійним у вирішенні любых робочих питань – якісно проконсультує хворого, добротню проведе заняття, організує роботу у навчально-практичних центрах первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини у сільській місцевості, грамотно виступить з лекцією перед студентами або лікарями. На нього завжди можна покластися у любий життєвій справі. Одним словом, він взірець справжнього чоловіка у роботі і житті.

Доцент Б.О. Мігенько тримає на своїх плечах відповідальність за хірургічний блок на кафедрі. Йому зовсім непросто, оскільки він продовжує хірургічну традицію проф. В.Б. Гощинського як у викладацькому процесі, так і у клінічній практиці. Треба констатувати, що доцент Б.О. Мігенько став авторитетним спеціалістом-хірургом на нашій клінічній базі, користується високою повагою серед лікарів і пацієнтів. Надзвичайно відповідальний викладач, клініцист і перспективний науковець, талановитий і ефективний організатор виховного процесу на кафедрі і просто носій високих людських якостей і позитивної життєвої енергії. Богдан Орестович – добрий, швидко і раціонально мислячий, як справжній

талановитий хірург, надійний улюбій справі, готовий завжди допомогти кожному – і лаборанту, і професору. Маю високі сподівання і прогноз на майбутні успіхи доц. Б.О. Мігенька у науці, клінічній і педагогічній сфері, а також у сфері організації охорони здоров'я.

Доцент О.Р. Ясній – педіатр-клініцист із солідним стажем. Декілька років тому волею долі, а також тодішнього ректора проф. Л.Я. Ковальчука О.Р. Ясній перевели на кафедру педіатрії ННІ ПДО, яка є надзвичайно потужною і престижною. З усіх точок зору це був дуже зручний для доц. О.Р. Ясній перевід (немає англомовних студентів, можливість проявити і реалізувати свій клінічний досвід у спілкуванні з лікарями та інтернами, кафедра знаходиться на педіатричній клінічній базі), однак вона ініціативно обрала-таки нашу кафедру і повернулася. Ми ж завжди протягаємо руку підтримки і допомоги. Думається, що це свідчення комфортності стосунків між працівниками нашого камерного колективу, якщо до нас хочеться повернутися. Думається, що це підтвердження слів Черчилля про демократію, яка не є досконалою системою, однак краще неї ніхто досі не придумав. І головне, щоб всі члени колективу це цінували, намагалися підтримувати дух толерантності, справедливості і колегіальності.

Доцент С.С. Рябоконт – надзвичайно енергійна людина, потужна у всіх справах, за які береться: прийшовши до нас з теоретичної кафедри, за короткий період стала хорошим клініцистом, відповідальною за лікувальну роботу на кафедрі. Важливою ланкою її обов'язків є відповідальність за оформлення WEB-сторінки кафедри, формування тестової бази, з якою вона якісно справляється. Світлана Степанівна – надійний колега, прекрасний терапевт, людина, яка постійно удосконалюється у знанні англійської мови, комп'ютерних технологій і викладацькій діяльності. У С.С. Рябоконт є велика перспектива для зростання в усіх сферах роботи на кафедрі - у навчально-методичній, лікувальній і науковій. Завжди впевнена у її підтримці – це великий бонус для завідувача кафедри.

Не можу не сказати самі теплі слова про нашого лаборанта М.Б. Масну. Вона дбайливо підтримує усіх, допомагає в технічних і організаційних справах, завжди про все і про всіх пам'ятає. Ця добра і

красива жінка створює затишок і відчуття дому на нашій кафедрі. Їй завжди хватає енергії та добрих слів для кожного. По великому рахунку їй й слів не потрібно, вона підтримує нас навіть поглядом, а також справжнім глибинним розумінням, вона хранителька усіх наших секретів і тайн, мудра порадиця. Дякуємо їй за все!

Думається, що всі умови для розвитку і постійна підтримка для творчого зростання в нашому колективі є для кожного. У цьому сила нашого дружного колективу і його головна традиція – можливість для кожного зростати, піднімати й удосконалювати свій професійний рівень, а також взаємопідтримка, толерантність і культура стосунків. Знайте, дорогі колеги, я дуже потребую Вашої підтримки і дуже ціную її. Думаю, що я сильна жінка, але у цьому є Ваш великий внесок – трудовий і людський. Сил Вам, енергії та любові у житті!

У дні 22-ліття рідної кафедри хочеться побажати колегам, щоб незалежно від зміни життєвої ситуації чи посади, усі ми цінували один одного, сприяли комфортності нашого буття в часи трудових буднів і при святах, завжди взаємно оберігали один одного від стресів, негараздів, а саме головне – здоров'я для нас і наших близьких, творчих злетів, оптимізму й успіхів в усіх життєвих починаннях. Тримаймося разом, бо так ми сильніші!

Дякую Вам за все! Низький уклін Вам! Будемо разом творити добре сьогодні і сподіватися на світле майбутнє для нас, для нашого університету, для сімейної медицини в Україні і на Тернопіллі!

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ТЕМАТИКИ ЩОДО
МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ПМД ІСРС-2 ЯК
ВАЖЛИВОГО ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

Вступ. Реформа системи охорони здоров'я України, яка впроваджується сьогодні, передбачає у числі ключових зміни на первинній ланці надання медичної допомоги. Один з елементів цих змін – впровадження в практичну діяльність сімейних лікарів Міжнародної класифікації ПМД ІСРС-2, яка має стати інструментом оптимізації їхньої роботи у бік зменшення забюрократизованості, посилення уваги до вирішення реальної проблеми, з якою звертається пацієнт.

Мета – виділити актуальні аспекти викладання тематики щодо практичного використання міжнародної класифікації ПМД ІСРС-2 як важливого інструменту для оптимізації роботи сімейних лікарів на циклі викладання дисципліни «Загальна практика-сімейна допомога» для студентів 6 курсу медичного факультету

Основна частина. Міжнародна класифікація ПМД (International classification for primary care (ICPC) – це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно включила ICPC до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC). Класифікація була розроблена Всесвітньою організацією сімейних лікарів (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians — WONCA). WONCA наразі об'єднує 118 організацій у 131 країні. До неї входять 500 тис. сімейних лікарів з усього світу.

Перше видання ICPC було здійснено WONCA у 1987 р. і в її основу був покладений новий принцип - розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), але й причина звернення пацієнта за медичною допомогою. Таким чином, в класифікації для ПМД стало доступним кодування як діагнозу, так і причини звернення пацієнта. Класифікаційний комітет

WONCA (WICC) проводить постійну роботу над удосконаленням запропонованої класифікації і наразі використовується її друге видання (ICPC-2) з оновленнями 2016 року.

Ця класифікація відображає характерний розподіл і зміст аспектів ЗПСМ. Успішне повне або часткове впровадження системи Міжнародної класифікації ПМД пройшло у 40 країнах світу. На сьогодні близько 250 тисяч сімейних лікарів використовують у своїй практиці ICPC-2.

На початку 2017 р. МОЗ України підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ICPC-2 у загальній практиці. Відтепер і українські сімейні лікарі офіційно долучаються до глобальної спільноти медиків, які щоденно у своїй роботі використовують цю просту та зручну класифікацію первинної медичної допомоги. МОЗ України спільно з World Health Organization Ukraine та Швейцарською агенцією розвитку та співробітництва проводять підготовку тренерів щодо впровадження Міжнародної класифікації ICPC-2 для найскорішої імплементації її до практики ПМД.

WONCA декларує, що лікар ЗПСМ забезпечує первинне, безперервне та комплексне медичне обслуговування окремим особам і сім'ям, надає комплексні доступні медичні послуги, несе відповідальність за вирішення переважної більшості особистих потреб щодо медичної допомоги, розвиток стійкого партнерства з пацієнтами та практику в контексті сім'ї та суспільства. Клінічна компетенція лікаря ЗПСМ здебільшого залежить від здатності оцінити ймовірність того, що пацієнт зі скаргою А має хворобу Б. Ця ймовірність «мати хворобу Б» залежить не лише від скарги А, але й від її контексту. ICPC-2 пропонує принципово нову філософію до кодування роботи первинної ланки – медичні записи ведуться не за кодами захворювань, а за причинами звернень, діагнозами та діями медичного персоналу.

ICPC-2 - це система для шифрування причин кожного звернення пацієнта до лікаря. Це єдина система, завдяки якій можливо класифікувати як захворювання, так і симптоми. Це базова одиниця обліку роботи сімейного лікаря, яка ділиться на 3 частини:

1. Причина звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації або оцінка результатів аналізів).
2. Діагноз (як бачить проблему сімейний лікар).
3. Дії (що необхідно зробити в конкретній ситуації – лікування, направлення на додаткові методи обстеження або направлення на вторинну ланку).

За допомогою ІСРС-2 можна кодувати скарги, симптоми і синдроми, коли неможливо поставити точний діагноз. Також ця система створена безпосередньо для обробки медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Вимоги до класифікації та кодування для цих двох цілей різні. Для медичних карток потрібно якомога більше конкретних деталей, в той час як для статистики необхідні згруповані дані в залежності від їх частоти або їх значення.

Одне або більше звернень пацієнта складають епізод медичної допомоги. Епізод - це проблема зі здоров'ям від першого звернення за медичною допомогою до останнього. Клінічні результати, знайдені лікарем у вигляді симптомів і скарг, кодуються як причини звернення (ПЗ). ПЗ - зрозуміле і узгоджене між пацієнтом і медичним працівником твердження, яке визнається пацієнтом в якості прийняттого опису причини його звернення за медичною допомогою. ПЗ можуть бути симптоми або скарги (головний біль або страх раку), прохання надати профілактичні або діагностичні послуги (вимірювання артеріального тиску або ЕКГ), запит на лікування (повторити рецепт), отримання результатів аналізів, або адміністрування (довідка). За причиною звернення у процесі тривалості одного епізоду залежно від рівня клінічної компетенції лікаря, а також результатами додаткових методів дослідження, можна встановити діагноз, що буде класифікуватися також і за МКХ-10. Втручання або процедури медичної допомоги реєструються як такі, що відбуваються під час звернення, або такі, що будуть зроблені згодом. ПЗ, діагнози і процес медичної допомоги/втручань складають основу епізоду медичної допомоги. Епізод складається з одного або декількох звернень, в тому числі їх змін з плином часу («переходи»).

Запровадження ІСРС в Україні разом із зміною принципів фінансування та використання міжнародних клінічних протоколів,

закладає нові підвалини первинної допомоги в Україні. Оновлена первинна ланка зможе вирішувати більшість проблем пацієнтів, адже згідно з даними ВООЗ близько 80% звернень пацієнтів можливо вирішити саме на прийомі у сімейного лікаря.

На первинній ланці надаватимуться комплексні та інтегровані послуги у сфері охорони здоров'я, збереження здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. Нова класифікація ІСРС-2 дає змогу у зручному форматі кодувати роботу за цими напрямками, а також покращує інформативність щодо схильності пацієнта до захворювань, полегшує проведення профілактичної роботи, скорочує тривалість роботи з первинною документацією і збільшує статистичну значимість звітності та скорочує час її оформлення.

Принципово невірним є протиставляти ІСРС-2 з наявною Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10), яка є ґрунтовною і загальноприйнятою для ведення хворого на всіх ланках надання медичної допомоги (не тільки первинній, але й вторинній і третинній), а також для статистичного обліку захворюваності населення як в Україні, так і в світі. МКХ-10 - діагностична номенклатура, яку первинно розробляли для класифікації причин смерті, а потім вона набула більш глобального значення, оскільки є ефективною і об'єктивно ґрунтовною. Тому кожен грамотний лікар, і в першу чергу лікар, який працює на первинці, повинен бути орієнтованим на якомога швидший і грамотний вихід на встановлення діагнозу хворого. Адже всі ми розуміємо, що від того наскільки правильним і швидко встановленим є перший діагноз, настільки ефективним стає ведення хворого. Це часто визначає долю здоров'я пацієнта.

Класифікація ІСРС-2 надає можливість кодування в умовах, коли неможливо одразу встановити точний діагноз на первинній ланці і основна мета застосування – одразу ефективно і швидко допомогти хворому, хоча б почати вирішувати проблему пацієнта, а також не втратити реально виконане навантаження лікаря. Система ІСРС-2 передбачає електронне ведення медичних записів, а це економія часу, вивільнення його для реальної роботи. Для проведення ефективного тренінгу МОЗ України розробило навчальну симуляційну он-лайн

програму, яка дозволяє на практиці використовувати нову систему класифікації, демонструє переваги запропонованого підходу, а також дає змогу переконатися в можливості його застосування в Україні. ІСРС-2 передбачає зменшення паперового навантаження на лікарів первинної ланки охорони здоров'я.

Електронне ведення медичних записів та змога кодувати причину кожного окремого звернення пацієнта до лікаря – це значний крок на шляху побудови пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я. ІСРС-2 для українських лікарів – це нова система, яка дозволяє концентруватись на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність обробки кодів для формування статистики.

Наступними кроками МОЗ щодо впровадження ІСРС-2 у 2018 р. передбачено запуск навчального он-лайн тренажеру для лікарів, поширення навчальних матеріалів і їх інтеграція в медичну освіту на до- та післядипломному рівні, проведення регіональних тренінгів для практикуючих лікарів.

Зручність у використанні, постійне удосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності ПМД зробили ІСРС-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб. ВООЗ офіційно включила ІСРС до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC).

МОЗ у 2017 р. підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ІСРС-2 у загальній практиці. Українська мова стала 20-ю офіційною мовою, на яку була перекладена ІСРС-2.

Нова класифікація не лише спрощує їх роботу, але і дає можливість більше уваги приділяти пацієнтам. МОЗ України видав Наказ МОЗ України від 04.01.2018 №13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)». Наступна інформація розділу подається за матеріалами до тренінгу «МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ІСРС-2» (24-25.05.2017 р., м.Київ), яка подана на сайті МОЗ України (*TrainingEnglish2_UKR_24052017.pdf*).

Основні принципи ІСРС-2. Головний принцип системи – розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), але і причина звернення пацієнта за

медичною допомогою, тому в ІСРС-2 можна кодувати причину звернення пацієнта.

Класифікація розроблена лікарями ПМД, тому вона максимально відображає зміст їх роботи. Всі коди ІСРС-2 вміщуються всього на двох сторінках аркуша формату А4.

ІСРС-2 має близько 1300 кодів, які описують найбільш часті (більше ніж 1 випадок на 1000 пацієнтів на рік) проблеми. Рівень деталізації цих проблем є відповідним для ПМД. Крім того, можна налаштувати ІСРС-2 відповідно до місцевих епідеміологічних потреб. Для порівняння: наявна сьогодні Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) містить від 14000 до 140000 кодів із складною системою кодування, більшість з яких не використовується в ПМД. Застосовувати МКХ-10 з відповідною деталізацією можливо в умовах стаціонарних відділень лікарень, де використовується лише обмежена кількість кодів МКХ відповідно до спеціалізації конкретного відділення.

Базовим поняттям в ІСРС-2 є епізод медичної допомоги – взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою. Це дозволяє ефективно групувати медичну інформацію, коли дані різних окремих візитів «нанизуються» на один епізод медичної допомоги. Наприклад, пацієнт з хронічними захворюваннями часто звертається до закладів ПМД і нерідко під час одного візиту вказує декілька різних проблем. ІСРС-2 дозволяє лікарю структурувати медичні записи про пацієнта в розрізі його окремих хронічних захворювань. Це в результаті покращить якість медичної допомоги і дозволить оптимально розпланувати ресурси ПМД у відповідності до потреб пацієнтів.

Кодування візитів в ІСРС-2. Для кожного візиту пацієнта ІСРС-2 дозволяє кодувати три складові: 1) причину звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації або оцінка результатів аналізів); 2) діагноз (як бачить проблему сімейний лікар); 3) дії (що необхідно зробити в конкретній ситуації – лікування, направлення на додаткові методи обстеження або на вторинну ланку). За допомогою ІСРС-2 можна кодувати скарги, симптоми та синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз. Також

ця класифікація використовується для обробки медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Навіть при паперовому використанні ІСРС-2 дозволяє спростити ведення медичних записів. Зручність у використанні, постійне удосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги зробили ІСРС-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб.

МОЗ розробило нормативно-правову базу для використання ІСРС-2 в системі охорони здоров'я України - затверджено наказ «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)». Розроблено он-лайн тренажер для навчання лікарів, які мають змогу здобути практичні навички її використання на прикладах з реальної клінічної практики. Учасники тренінгів будуть передавати отримані знання, поширюватимуть серед сімейних лікарів інформацію про Міжнародну класифікацію ІСРС-2, її основні принципи та переваги використання на первинній ланці.

Структура ІСРС-2. ІСРС-2 має таку структуру: 17 розділів-літер (А-Z) згідно із локалізацією процесів і 7 цифрових компонентів (Табл. 1).

Таблиця 1

Структура ІСРС-2: 17 розділів-літер та 7 цифрових компонентів

| Розділи-літери | A | B | D | F | H | K | L | N | P | R | S | T | U | W | X | Y | Z |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Цифри-компоненти | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ІСРС-2 дозволяє класифікувати основні елементи ЗПСМ, але вона має деякі обмеження. Рубрики в компонентах з 2 до 6, що охоплюють процес надання медичної допомоги, є дуже широкими та

неконкретними. Залишкові рубрики, або «всяка всячина» знаходяться в кінці компонентів; їх опис включає в себе слово «інше». Це -29, -49, -59, -69, -99. Це визначення, які не мають окремої рубрики, які не чітко сформульовані, або незвичайне чи незвичне.

ICPC-2 має таку структуру: 17 розділів-літер (A-Z) згідно із анатомічною локалізацією процесів і 7 цифрових компонентів ICPC-2 дозволяє класифікувати основні елементи ЗПСМ, але вона має деякі обмеження.

Рубрики в компонентах з 2 до 6, що охоплюють процес надання медичної допомоги, є дуже широкими та неконкретними. Залишкові рубрики знаходяться в кінці компонентів; їх опис включає в себе слово «інше». Це -29, -49, -59, -69, -99. Це визначення, які не мають окремої рубрики, які не є чітко сформульованими.

Міжнародна класифікація ICPC-2 має **наступні розділи:**

A: Загальні та неспецифічні;

B: Кров, кровотворні органи та імунні механізми (Blood);

D: Травна система (Digestive);

F: Око (Focal);

H: Вуха (Hearing);

K: Серцево-судинна система;

L: Опорно-рухова система (Locomotion);

N: Нервова система (Neurological);

P: Психологічні (Psychological);

R: Дихальна система (Respiratory);

S: Шкірна система (Skin);

T: Ендокринні/метаболічні розлади та порушення харчування (Thyroid);

U: Урологічні (Urological);

W: Вагітність, пологи, планування сім'ї (Women);

X: Жіночі статеві органи (X-хромосома);

Y: Чоловічі статеві органи (Y-хромосома);

Z: Соціальні проблеми.

7 компонентів (стандартні для кожного розділу):

1. скарги і симптоми (1-29);

2. діагностика, скринінг, профілактика (30-49);

3. лікування та маніпуляції (50-59);

4. оцінка результатів дослідження (60-61);
5. адміністрування (62);
6. направлення (63-69);
7. діагноз (70-99): інфекційні захворювання, новоутворення, травми, вроджені аномалії, інше. Розділ Z (соціальні проблеми) не має 7-го компоненту.

Практичне використання даних ІСРС-2. Класифікація ІСРС-2 використовується як для організації і зберігання медичних даних пацієнтів, так і для потреб статистики. Вимоги до класифікації та кодування для цих двох цілей різні. Для медичних карток потрібно якомога більше конкретних деталей, в той час як для статистики необхідні згруповані дані в залежності від їх частоти або їх значення для формування політики. Зрозуміло, що жодна класифікація не може задовольнити всіх користувачів. Коди МКХ-10 варто використовувати як додаткові коди для запису історії пацієнта, коли ІСРС-2 не може додати конкретики.

Визначення ЗПСМ. WONCA визначає, що ЗПСМ відноситься до лікаря, який надає особисте, первинне, безперервне та комплексне медичне обслуговування окремим особам і сім'ям. Інститут медицини вважає ЗПСМ наданням комплексних доступних медичних послуг лікарями, які несуть відповідальність за вирішення переважної більшості особистих потреб щодо медичної допомоги, розвиток стійкого партнерства з пацієнтами та практику в контексті сім'ї та суспільства.

Епізод медичної допомоги - одне або більше звернень пацієнта складають епізод медичної допомоги. Епізод є проблемою зі здоров'ям від першого звернення за медичною допомогою до останнього. Кожне окреме звернення може включати оцінювання більше ніж одного епізоду (кілька проблем).

Приклад епізоду медичної допомоги 1 «Загальна слабкість/втома»:

1-е звернення «Я почуваюсь втомленим»; **Діагноз:** Загальна слабкість/втома; **Дії:** Аналіз крові на Нв.

2-е звернення «Я почуваюсь втомленим»; **Результат:** нормальний Нв; **Діагноз:** Загальна слабкість/втома.

Після другого візиту пацієнт з симптомами втоми більше не звертався до лікаря.

Назва епізоду: Загальна слабкість/втома

Приклад епізоду медичної допомоги 2 «Загальна слабкість/втома»:

1-е звернення «Я почуваюсь втомленим»; **Діагноз:** Загальна слабкість/втома; **Дії:** Аналіз крові на Нв.

2-е звернення «Я почуваюсь втомленим»; **Результат:** анемія; **Діагноз:** Колоноскопія.

3-е звернення «Результат тесту?»; **Результат:** рак товстої кишки
Епізод медичної допомоги = рак товстої кишки.

Клінічні результати, знайдені лікарем у вигляді симптомів і скарг, кодуються на додаток до тих, які представлені в якості причини звернення (ПЗ).

Втручання або процедури медичної допомоги реєструються, як такі, що відбуваються під час звернення, або такі, що будуть згодом зроблені.

Причина звернення - зрозуміле і узгоджене між пацієнтом і медичним працівником твердження, яке визнається пацієнтом в якості прийняттого опису причини його звернення за медичною допомогою. ПЗ можуть бути симптоми або скарги (головний біль або страх раку), хвороби (грип чи діабет), прохання надати профілактичні або діагностичні послуги (вимірювання артеріального тиску або ЕКГ), запит на лікування (повторити рецепт), отримання результатів аналізів, або адміністрування (довідка).

ПЗ, проблеми зі здоров'ям/діагнози та процес медичної допомоги/втручань складають основу епізоду медичної допомоги.

Епізод складається з одного або декількох звернень, в тому числі змін в їх взаємозв'язках з плином часу («переходи»). Епізод медичної допомоги, отже, відноситься до всієї медичної допомоги, що надається з проблеми зі здоров'ям або хвороби конкретного пацієнта.

Аналіз ПЗ в епізоді дозволяє визначити ймовірності проблеми зі здоров'ям на початку або під час спостереження.

Таким чином, топ 10 проблем, пов'язаних з кашлем на початку епізоду, демонструють важливі відмінності між дітьми у віці 5-14 років і чоловіками у віці 65-74 (Табл. 2).

Топ 10 епізодів, які починаються з кашлю R05

| Кашель у дітей (N = 1267) | N | % |
|--------------------------------|------|------|
| R74 ГРЗ | 456 | 35.6 |
| R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт | 261 | 20.4 |
| R05 Кашель | 159 | 12.4 |
| R77 Гострий ларингіт/трахеїт | 110 | 8.6 |
| A77 Інші вірусні захворювання | 54 | 4.2 |
| R96 Астма | 40 | 3.1 |
| R81 Пневмонія | 33 | 2.6 |
| R75 Синусит гострий/хронічний | 30 | 2.3 |
| R80 Грип без пневмонії | 24 | 1.9 |
| R71 Кашлюк | 22 | 1.7 |
| Всього | 1189 | 92.8 |

| Чоловіки віком 65-74 (N = 646) | N | % |
|----------------------------------|-----|------|
| R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт | 256 | 39.1 |
| R74 ГРЗ | 155 | 23.7 |
| R05 Кашель | 65 | 9.9 |
| R77 Гострий ларингіт/трахеїт | 45 | 6.9 |
| R75 Синусит гострий/хронічний | 22 | 3.4 |
| K77 Серцева недостатність | 15 | 2.3 |
| R96 Астма | 13 | 2.0 |
| R91 Хронічний бронхіт/бронхіоліт | 12 | 1.8 |
| R81 Пневмонія | 10 | 1.5 |
| R95 Емфізема/ХОЗЛ | 9 | 1.4 |
| Всього | 602 | 92.0 |

Зворотний процес в рівній мірі є актуальним з клінічної точки зору: які ПЗ були представлені на початку спостереження проблеми в кожній віковій статевій групі? Це дозволяє докладно документувати клінічні відмінності.

Використання ІСРС-2 під час записів ПЗ. Лікар повинен визначити та уточнити ПЗ, як зазначено пацієнтом без внесення будь-яких суджень про правильність і точність причини. Використовуйте три принципи: 1) ПЗ повинна бути зрозуміла та узгоджена між пацієнтом і лікарем; 2) вибрана рубрика ІСРС-2 повинна бути якомога ближче до твердження причини наданої пацієнтом, і повинна містити мінімальне перетворення або зовсім ніякого; 3) спосіб, в який пацієнт висловлює ПЗ, визначає, яку главу та який компонент використовувати.

ПЗ може бути: симптом/скарга (головний біль, втома, відчуття депресії, страх раку): 1й компонент кожного розділу; хвороба (цукровий діабет, епідемічний паротит): 7й компонент кожного розділу (за винятком розділу Z); запит на втручання (АТ, рецепт, результати аналізів, адміністративна процедура): 2й-6й компонент кожного розділу.

Для кодування ПЗ необхідно спочатку вибрати відповідну систему органів або розділ, призначити правильний літерний код, а потім двозначний цифровий код у відповідному компоненті. Розділ А використовується для ПЗ, які стосуються невизначених або декількох систем.

Коли ІСРС-2 використовується для запису ПЗ, необхідно застосовувати чотири правила до використання глав і три правила до використання компонентів.

Правило 1: ПЗ повинна бути закодована якомога більш конкретно.

Приклад: Біль у грудях може бути закодований як A11 (біль у грудях, якщо не вказано інше), або як K01 (біль відноситься до серця), або як R01 (біль у дихальних шляхах), або як L04 (симптоми/скарги щодо грудної клітини). Рішення щодо правильного вибору не ґрунтується на думці лікаря, але, скоріше, яким чином пацієнт висловлює свою ПЗ.

«Воно скрізь в моїх грудях ...» A11

«Мої груди болять, коли я кашляю» R01

«У мене біль в грудях ... Я думаю, що це моє серце», K01

«У мене є біль в грудях після падіння вниз по сходах» L04.

Правило 2: При кодуванні використовувати висловлювання і термінологію пацієнта.

Приклад: Жовтяницю, у вигляді діагностичного описового терміну, можна знайти в Розділі D (травна система), але пацієнт може представити цей симптом у вигляді жовтого кольору шкіри (розділ S). Якщо пацієнт висловлює проблему як «жовтяниця», то код - D13. Якщо, пацієнт стверджує: «моя шкіра стала жовтою» правильний код буде S08, незалежно від того, що лікарю зрозуміло, що діагноз - одна з форм гепатиту.

Правило 3: Коли пацієнт не в змозі описати свою скаргу, ПЗ, надана особою, яка супроводжує пацієнта має бути прийнята, як така, що була зазначена пацієнтом. (Наприклад, мати привела дитину або родичі супроводжують несвідомого).

Правило 4: Всі проблеми, викладені в усній формі, необхідно закодувати як причини звернень. «Мені потрібні таблетки для стабілізації кров'яного тиску. Крім того, «Мої груди дуже чутливі та болять» - K50, X18. Якщо пізніше пацієнти запитують: «Що це за шишка на моїй шкірі?» це також кодується в якості ПЗ - S04

Вибір коду компонента 4.1.

Скарги і симптоми, компонент 1 (коди -1-29) - найбільш поширена ПЗ. Симптоми є специфічними для кожного розділу; нудота в розділі Травна система (D09), чхання (R07) знаходиться в розділі дихальна система. У більшості розділів, за винятком психологічної та соціальної, перша рубрика пов'язана з симптоматичним болем: болі в вусі (H01) і головний біль (N01). Є також чотири стандартних рубрики компоненту 1 в кожному розділі:

- 26 Страх захворіти на рак
- 27 Страх захворювання
- 28 Обмеження функцій/непрацездатність
- 29 Інші симптоми/скарги

Приклади:

«Я боюся, що у мене туберкульоз» -A27

«Я стурбована тим, що у мене рак грудей» -X26

«Я боюся венеричних хвороб» -Y25

Навіть якщо лікар вважає, що такий страх є необґрунтованим або нелогічним, він являє собою ПЗ.

Рубрику -28 слід використовувати, коли ПЗ висловлюється в термінах інвалідності, яка впливає на повсякденне життя та соціальні функції.

Приклади:

«Я не можу підніматися по сходах через шину, яку вони поставили на мою ногу через перелом щиколотки» - L28 (компонент 1) і L76 (компонент 7).

«Не можу працювати в офісі, тому що я не можу сидіти протягом тривалого часу через геморой» - **K28 (компонент1) і K96 (компонент7).**

4.2. Діагностика, скринінг, профілактика, компонент 2 (коди - 30-49):

«Я хочу зробити аналіз сечі», -35

«Я тут, щоб зробити аналіз крові» -34.

Пацієнт може запросити конкретну процедуру у зв'язку з вираженою проблемою або як єдиний запит:

«Я хочу, щоб лікар обстежив моє серце» (K31),

«Я думаю, що потрібно зробити аналіз сечі» (-35),

«Я прийшов за результатами мого рентгену» (-60),

«Мені потрібне щеплення» (-44).

Лікар з'ясовує, чому необхідний аналіз сечі, щоб вибрати відповідний код розділу. Якщо це через можливу інфекцію сечового міхура - код U35; якщо через цукровий діабет - T35. Якщо результат рентгену, про який запитує пацієнт, стосується прийому барієвої суспензії - D60. Прохання про вакцинацію проти краснухи - A44.

4.3. Лікування та маніпуляції, компонент 3 (коди -50-59).

Цей компонент для таких процедур, які надаються на місці лікарем ЗПСМ. Це не означає, що він буде використовуватися для документування процедур, проведених лікарями, до яких було направлено пацієнта, для яких потрібен ширший перелік процедур.

- **50: "Пропишіть мені препарат";** Часто доводиться уточнювати причину запиту, щоб вибрати код розділу. Якщо пацієнт хоче отримати (повторно -50) ліки через гіпертонію, код K50; від синуситу, код R50.

«Я тут, щоб зняти шину» (-54). Якщо очевидно, що, наприклад, у пацієнта був перелом лівої руки правильний літерний код для вибору буде L.

«Мені сказали прийти для зняття швів сьогодні» (-54). Хоча, можна було б припустити, що все, щодо зняття швів повинно бути в розділі Шкірна система, пацієнт може мати шви від хірургічної операції на повіках (F54) або після операції фімозу (Y54).

Увага! - Імунізація закодована в компоненті 2 (-44).

4.4. Результати аналізів. Компонент 4 (коди -60-61), не відноситься до процедури або втручань, лиш до оцінки результатів. «Який результат рентгену мого шлунку?» (D60);

якщо пацієнт хоче додаткової інформації про проблему, розглянути можливість використання додаткового коду -45 (навчання, консультація).

Цей компонент необхідно використовувати, коли пацієнт запитує результати аналізів, проведених раніше. Той факт, що результати аналізу можуть бути негативними, не впливає на використання цього компонента. «Мені потрібні результати мого аналізу крові». Якщо тест був на анемію - код B60, якщо на ліпіди - T60, якщо пацієнт не може вказати - A60.

«Я хочу знати, що вони виявили на рентгенівських знімках мого шлунку, які зробили минулого тижня» (D60).

«Я повинен забрати та віднести до уролога результат аналізу сечі. Також хочу знати, що він буде робити, які аналізи та лікування очікувати» (U60, U45).

4.5. Адміністрування, компонент 5 (код -62)

Цей компонент призначений для класифікації тих випадків, коли надання письмового документа або форми виправдано за існуючими правилами, або наказами. Надання направлення вважається тільки адміністративною послугою, якщо це єдине, що здійснюється під час звернення, в іншому випадку це включається до **компоненту 6**. Адміністрування включає в себе такі речі, як обстеження, які вимагає третя сторона (крім пацієнта), страхові форми, які необхідно заповнити, та обговорення з приводу передачі записів.

«Мені необхідно заповнити цю медичну страхову форму» (A62).

«Мій перелом зростається й мені потрібна довідка, щоб повернутися до роботи» (L62).

4.6. Направлення, компонент 6 (63-69)

Направлення до інших лікарів, лікарень, клінік або установ для терапевтичних або консультативних цілей, повинні бути закодовані в цьому компоненті.

Увага! - Направлення на рентген або лабораторні дослідження кодуйте в **компоненті 2**.

Якщо ПЗ необхідно передати іншому постачальнику послуг, використовуйте коди -66, -67 та -68. Якщо пацієнт стверджує, що його/її ПЗ є «Ви мені сказали прийти до Вас знов», або «направлений кимось іншим», необхідно використовувати коди -64 або -65 відповідно. Пацієнту, який звернувся з приводу відчуття закладеного вуха через вушну сірку, яку видалено, виміряли артеріальний тиск і виявили, що він високий, а також надали рекомендацію щодо куріння. ПЗ пацієнта та пов'язані проблеми, та лікування буде записано наступним чином:

N13 (відчуття закладеного вуха),

N81 (вушна сірка),

N51 (видалення вушної сірки).

K64 (за ініціативою медпрацівника),

K85 (підвищений кров'яний тиск),

K31 (перевірка артеріального тиску).

R64 (за ініціативою медпрацівника),

R17 (зловживання тютюном),

R45 (порада кинути палити).

Для отримання додаткової конкретики, може бути доданий четвертий знак, наприклад, **направлення до іншого постачальника - 66:**

– 66.1 Медсестра

– 66.2 Дієтолог

– 66.3 Соціальний працівник

– 67 Фахівець

– 67.1 Терапевт

– 67.2 Кардіолог

– 67.3 Хірург

4.7. Діагноз, компонент 7 (коди -70-99):

«я тут через мою астму» R96, «мою гіпертонію» K86, «мій діабет» T90;

виберіть код незалежно від того, чи є діагноз правильним; наприклад, коли пацієнт повідомляє: "я прийшов через мою мігрень", використовуйте код для мігрені (N89), навіть якщо ви знаєте, що це насправді головний біль напруги.

По-перше, виберіть розділ:

чи є це проблемою з травленням? □ D

чи є це соціальною проблемою? □ Z

чи є це проблемою зі шкірою? □ S

Наступний крок: виберіть **компонент**. Наприклад, компонент 1, скарги і симптоми може відображати найвищу специфічність на даний момент. Наприклад, у пацієнта, який вперше прийшов на прийом з головним болем, відчуттям втоми, діагноз з плином часу може бути, модифікований в діагноз **7го компонента**.

Зверніть увагу на наступні важливі коди:

□ **A97:** в разі, якщо пацієнт приходиться з питанням або симптомом, що призводить до діагнозу «**ніякої хвороби**»;

□ A98: профілактика.

Тільки тоді, як пацієнт висловлює ПЗ в якості конкретного діагнозу або хвороби, її необхідно закодувати **в компоненті 7**. ПЗ пацієнта, який, як відомо, хворіє на цукровий діабет, але приходиться скаржитись на слабкість, не треба кодувати як діабет, кодувати треба таким чином, як проблема висловлюється: слабкість, A04. Однак, якщо пацієнт заявляє, що він прийшов з приводу його діабету, діагноз «*діабет*» повинен бути закодований в якості ПЗ (T90).

Якщо пацієнт називає ПЗ в вигляді діагнозу, який, як відомо лікарю, не є правильним, кодується «неправильна» ПЗ пацієнта, а не «правильна» - лікаря; наприклад, пацієнт, який, як відомо, має носові поліпи, приходиться з «*полінозом*».

Приклади

«Я тут через мою гіпертонію» (K86)

«Я приходжу кожен місяць через артрит мого стегна» (L89)

Правила для компонентів

Наступні правила використання кожного компонента посилять опис. **Правило 1.** Щоразу, замість тире (-) перед кодом, вибирайте літеру розділу. Використайте A коли ніякий конкретний розділ не може бути обраний, або коли обираються декілька розділів.

Приклад

Біопсію буде закодовано -52,

для системи травлення D52, для шкіри S52.

Ліки, які прописують кодують -50.

Як просять ліки для лікування астми R50.

Правило 2. Рубрики з більш ніж одним компонентом можуть використовуватись для одного й того ж звернення, якщо називається більш ніж одна ПЗ.

Приклад

«У мене були болі в животі з минулої ночі, і мене кілька разів вирвало» D01, D10.

«У мене якийсь біль в животі, думаю, що в мене може бути апендицит» D06, D88.

5. Використання ІСРС-2 для запису проблем зі здоров'ям та процесу медичної допомоги (втручання)

А. Проблеми зі здоров'ям. ІСРС-2 може використовуватися для запису оцінки проблем зі здоров'ям пацієнта. Це може бути зроблено з точки зору симптомів і скарг, або діагнозів (**Компонент 1 або 7**).

Іноді немає ніякої очевидної проблеми зі здоров'ям в епізоді медичної допомоги, коли це відноситься до імунізації, взяття мазка або надання поради. Ці епізоди можуть бути позначені за допомогою рубрик, таких як **A97 (Відсутність хвороби)**, або **A98 (Підтримання здоров'я/профілактика)**.

Загальні правила кодування проблеми зі здоров'ям (діагнозу)

- діагноз** відображає оцінку проблеми здоров'я пацієнта;
- код може бути або з 1-го компонента** (скарги і симптоми) або з **7-го (діагноз)**; компоненти 2-6 не використовуються для кодування діагнозу;
- кодування** повинно відбуватися на найвищому рівні діагностичної точності роботи лікаря;
- рубрики в компоненті 1 і 7 часто мають критерії** (умови включення та виключення, критерії та «розглянути»). Розгляд критеріїв може бути корисним під час прийнятті рішення "за" або "проти" коду.

У ІСРС-2 **локалізація** має пріоритет над **етіологією**.

Рекомендується записувати повний спектр проблем, які розглядаються, в тому числі органічних, психологічних і соціальних проблем зі здоров'ям, у формі епізоду медичної допомоги.

Пацієнт з ішемічною хворобою серця також може мати фібриляції передсердь і, як наслідок, тривогу. Фібриляція передсердь і тривога будуть записуватись, як додаткові епізоди медичної допомоги.

Деякі системи вимагають, щоб проблеми кодувалися тільки з **компонентів 1 і 7**; інші також приймають коди з інших компонентів. Якщо, наприклад, пацієнт прийшов для імунізації проти правця без поранення, проблему можна закодувати як **N44**.

Стани, які **супроводжують і впливають на вагітність** або післяпологовий стан, зазвичай кодуються в **розділі W**. Але стан не кодують в розділі W просто тому, що пацієнтка вагітна. Стан має бути закодованим у відповідній **рубриці в розділі, що представляє систему організму, яка задіяна**.

Конкретні правила кодування проблем із здоров'ям з використанням критеріїв включення (в розширеній таблиці ІСРС-2).

1. Кодування діагнозів має відбуватися на найвищому рівні конкретики, можливої під час звернення даного пацієнта.

2. Критерії включення містять мінімальну кількість критеріїв, необхідних для забезпечення кодування.

3. Зверніться до критеріїв після того як діагноз було сформульовано. Вони НЕ є керівництвом для діагностики чи прийняття терапевтичних рішень.

4. Якщо критерії не достатні, зверніться до інших менш конкретних рубрик, запропонованих терміном «розглянути».

5. Для таких рубрик без критеріїв включення, зверніться до списку термінів включення в рубриці, а також беріть до уваги будь-які умови виключення.

В. Процес медичної допомоги, втручання

Для кодування втручань (процесів), можна використовувати компоненти 2, 3, 5 і 6 (крім рубрик -63, -64, -65 і -69);

Потенціал ІСРС-2 для кодування втручань (процесу) обмежений; рубрики широкі та загальні;

4-й знак може бути додано для конкретики відповідно до національних потреб.

– 31 - це часткове обстеження конкретної системи органів або функції: наприклад, К31, вимірювання кров'яного тиску. Якщо включено більше 2-х систем організму, код повинен бути А31;

– 30 відноситься до повного обстеження відповідно до консенсусу місцевих фахівців. Це може бути повне обстеження системи організму, наприклад, для ока, F30, або повне загальне обстеження А30.

ІСРС-2 класифікує **втручання**, які використовуються в процесі надання медичної допомоги з **компонентами 2, 3, 5** і частиною **компонента 6**; однак, **компонент 4** і деякі рубрики компонента 6, а саме, -63, -64, -65, -69 і не можуть використовуватись таким чином.

Ці рубрики процесу є широкими і загальними, а не конкретними. Так, наприклад, аналіз крові (-34), навіть якщо він пов'язаний тільки до однієї системи органів (наприклад, серцево-судинні, К34), може включати в себе велику різноманітність різних аналізів, таких як ферменти, ліпіди або електроліти.

У компонентах 2, 3, 5 і частині **компонента 6**, який може бути використаний для класифікації процесу медичної допомоги, коди рубрики є стандартними протягом глав на двозначному рівні.

Може використовуватись більше ніж один код процесу для кожного звернення, але надзвичайно важливо бути послідовним. Наприклад, вимірювання артеріального тиску, що є звичайним для гіпертонії, можна кодувати як К31 в кожне звернення.

Нижче наведені приклади визначень для повних і часткових обстежень, які були використані в одній ситуації. Однак, важливо, щоб кожна країна розробляла визначення того, що складає «повне обстеження - загальне» і «повне обстеження - система організму» для своєї культури, і щоб ці визначення послідовно використовувались.

Повне обстеження - загальне, загальний огляд = А30

Повне неврологічне обстеження = N30

Часткове обстеження - загальне, обмежена перевірка декількох систем організму, таких, як дихальна та серцево-судинна система = А31

Часткове обстеження - система організму, вимірювання артеріального тиску, К31

Наступні процедури розглядаються, як включені в планові обстеження, що підлягають кодуванню в рубриках -30 і -31, а не кодуються окремо:

- огляд, пальпація, перкусія, аускультация
- гострота зору та дослідження очного дна
- отоскопія
- відчуття вібрації (обстеження з використанням камертону)
- вестибулярна функція (за винятком калориметричних аналізів)
- пальцеве ректальне і вагінальне обстеження
- вагінальний огляд з дзеркалами
- запис артеріального тиску
- непряма ларингоскопія
- зріст/вага

Всі інші обстеження повинні бути включені в інші рубрики.

Висновок: Освоєння методики роботи з електронною базою **E-Health** і міжнародною класифікацією **ІСРС-2** є необхідним інструментом ефективної роботи лікаря ПМД в сучасних умовах, запорукою ґрунтовності, послідовності, наступності у наданні медичної допомоги і веденні пацієнтів, які висловили довіру лікарю ПМД, підписавши з ним декларацію на медичне обслуговування. Тому формування даної навички необхідно починати формувати при викладанні дисципліни «Загальна практика-сімейна допомога» на додипломному рівні вищої медичної освіти.

Матюха Л.Ф., Бабінець Л.С.

*Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Тернопільський національний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ОСНОВНІ ЕТАПИ ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Розвиток сімейної медицини (СМ) в Україні почався з експерименту, проведеного ще за часів СРСР у Львівській області, де

у 1989 р. було відкрито «Поліклініку сімейної медицини», у 1992 р. - амбулаторію сімейних лікарів у м. Дрогобич. Це й стало початком розвитку СМ в Україні. Протягом 1987-1988 років було запроваджено регіональний експеримент у Львові, розроблені моделі поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування. Великий внесок у започаткування СМ в Україні та запровадження її на Львівщині зроблено колективом ентузіастів під керівництвом проф. Є.Х. Заремби.

У 1992 році Основами законодавства України про охорону здоров'я, прийнятими Верховною Радою, визначено пріоритетний розвиток ПМД. З тих пір почала розвиватися нормативна база для широкого впровадження ПМД в Україні, продовжило впровадження СМ у м. Комсомольськ, м. Вознесенськ, Запорізькій, Хмельницькій, Харківській областях та інших регіонах. Виникла потреба у підготовці кадрів ЗПСМ, створення кафедр сімейної медицини, громадської організації та розвитку нової лікарської спеціальності – «загальна практика-сімейна медицина». Так, у 1995 році змінено назву кафедри терапії на кафедру терапії з курсом СМ у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, створено асоціацію сімейних лікарів Львівщини.

У 1996 році почали створюватися кафедри сімейної медицини в медичних вишах України. Першою була створена кафедра СМ у Національній медичній академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, яку очолив проф. Г.І. Лисенко. Сумісними зусиллями проф. Є.Х. Заремби та проф. Г.І. Лисенка у 1997 році засновано Українську асоціацію сімейної медицини, яка у 1999 році стала членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA та територіально увійшла до Європейського регіону. У 1997 р. створено навчальний курс для підготовки сімейних лікарів у Дніпропетровській медичній академії, який очолила Н.Д. Чухрієнко.

1999 р. – створено першу мультидисциплінарну кафедру поліклінічної справи та сімейної медицини на додипломному рівні викладання у Тернопільській державній медичній академії імені І.Я. Горбачевського із відкриттям перших в Україні навчально-практичних центрів ПМСД у сільській місцевості.

Першим президентом Української асоціації сімейної медицини став проф. Г.І. Лисенко. З тих пір основні історичні події розвитку сімейної медицини відбувались на Київщині і за його сприяння. На сьогодні проф. Г.І. Лисенка (02.07.1947 – 09.10.2013) прийнято вважати засновником СМ в Україні. За його сприяння в Україні створено перший фаховий науково-практичний журнал «Сімейна медицина» (1999 р.) (головним редактором - проф. Г.І. Лисенко; нині – проф. Хіміон Л.В.). Біля витоків створення в Україні нової спеціальності - «загальна практика-сімейна медицина» стояли: доц. Базилевич Я.П., проф. Заремба Є.Х., проф. Дзяк Г.В., проф. Лехан В.Н., проф. Зіменковський Б.С., Полотайко Є.М., проф. Павловський М.П., проф. Орач Р.І., Борисевич М.Д., проф. Гойда Н.Г., проф. Лисенко Г.І., проф. Чухрієнко Н.Д., д. н. держ. упр. Лемішко Б.Б., проф. Хобзей М.К., Матюха Л.Ф., Гиріна О.М., Пасієшвілі Л.М. та ін.

Для створення системи охорони здоров'я за принципом СМ та захисту прав сімейних лікарів на Львівщині 27 грудня 1995 року на установчих зборах було засновано Асоціацію сімейних лікарів Львівщини. Зареєстрована №307 від 27.12.95 р., як громадська організація. Асоціація сімейних лікарів Львівської області була першою Асоціацією сімейних лікарів в Україні. На момент створення в склад асоціації входило 195 сімейних лікарів.

На установчих зборах Асоціації сімейних лікарів Львівщини прийнято звернення до всіх сімейних лікарів України про створення асоціацій в інших областях та Асоціації сімейних лікарів України, яка змогла б у недалекому майбутньому бути прийнята до Європейської та Світової Асоціації сімейних лікарів і мати широкий доступ до надбань сімейної медицини світу.

Враховуючи всі труднощі і проблеми у впровадженні нової для України лікарської спеціальності «ЗПСМ» для згуртування і всебічної підтримки сімейних лікарів та інших спеціалістів, які працюють в амбулаторії СМ, за ініціативи викладачів та практикуючих лікарів, за підтримки колективу КМАПО в грудні 1997 р. було створено, а в 1998 р. зареєстровано Українську Асоціацію сімейної медицини (УАСМ). Її засновниками були проф. Гирін В.Н., проф. Лисенко Г.І., проф. Чухрієнко Н.Д. Першим президентом УАСМ було одноголосно

обрано Григорія Івановича Лисенка, який очолював кафедру терапії та сімейної медицини (тепер кафедра сімейної медицини) в КМАПО.

Значну попередню роботу з підготовки створення Асоціації було проведено провідними спеціалістами й викладачами з різних регіонів України (Заремба Є.Х., Матюха Л.Ф., Хімїон Л.В., Данилюк С.В., Маяцька О.В., Ткаченко В.І.), які вивчали провідний міжнародний досвід, спілкувались із громадськими організаціями сімейних лікарів Великобританії, США, Австралії в рамках міжнародних програм співробітництва, зокрема із Королівським коледжем лікарів загальної практики (Велика Британія).

Перший з'їзд сімейних лікарів України відбувся у м. Львові у 2001 році, другий – в м. Харків, 2005 р., третій – в м. Дніпро, 2011 р. та четвертий – в. Полтава, 2015 р. Після I-го з'їзду сімейних лікарів напрацювання піонерів сімейної медицини Львова і Києва поширювались та поглиблювались. З'явилися та стрімко розвивалися цікаві пілотні напрацювання на основі місцевих ініціатив в містах Вознесенську, Кам'янці-Подільському, Комсомольську (нині - Горішні Плавні) на Харківщині тощо. Найбільш масштабними змінами була охоплена первина ланка в сільській місцевості на Харківщині, де на її розвиток: розбудову мережі, її матеріально-технічне і кадрове забезпечення були спрямовані значні фінансові та адміністративні ресурси.

Отже, коли постало питання де саме проводити наступний II-й з'їзд сімейних лікарів перевага справедливо було віддано Харкову. У роботі II з'їзду прийняв участь Президент України В.А. Ющенко. По суті, якщо перший Львівський з'їзд був скоріше зібранням тих ентузіастів, хто мав якийсь досвід, та організаторів, які мали наміри щодо впровадження СМ, то II Харківський з'їзд вже зібрав тисячу практикуючих сімейних лікарів і обговорював проблеми їх життя і роботи. Саме після II з'їзду вийшов відповідний Указ Президента України і питання переведення ПМД на засади ЗПСМ набуло безальтернативного характеру.

Для подальшого розвитку цієї ініціативи Міністерством охорони здоров'я України за активної участі УАСМ (члени УАСМ увійшли до складу відповідної робочої групи МОЗ) була розроблена «Концепція державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги

на засадах загальної практики-сімейної медицини», яка була затверджена у 2006 р. Планом заходів на виконання Концепції було, зокрема, передбачено проведення комплексної інвентаризації первинної ланки медичного обслуговування.

У 2005 році створено перший в Україні факультет «Загальна практика-сімейна медицина» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, деканом якого було обрано проф. Г.І. Лисенка. Факультет наприкінці 2009 року був реорганізований в Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, першим директором якого обрано проф. Г.І. Лисенка. За наказом МОЗ України від 07.06.2010 №466 на Інститут покладено здійснення таких функцій: організація та впровадження якісної та ефективної системи підготовки, координація наукових досліджень у галузі СМ, участь у здійсненні науково-методичного супроводу впровадження СМ в первинну ланку охорони здоров'я України та у формуванні стратегічних напрямків її розвитку. Тоді ж було затверджено академічну спеціальність «Загальна практика-сімейна медицина».

Обґрунтування подальших дій щодо розвитку СМ потребувало управлінської інформації, якої на той час ані МОЗ, ані УАСМ не мали. Відповідно у 2008 році на виконання Наказу МОЗ від 11.05.2007 №237 у всіх регіонах України зібрано стандартизовані дані про мережу закладів ПМСД та стан будівель і споруд, кадрове, матеріально-технічне та фінансове забезпечення ПМСД. Аналіз отриманих даних показав значні ресурси, сконцентровані на первинній ланці, але водночас системні пробіли таких ресурсів та їх нерівномірний розподіл, як між регіонами так і всередині регіонів. Результати аналізу вказували на: низьку та не рівну фізичну доступність ПМСД, як в сільській місцевості так і містах; низький рівень кадрового забезпечення, з високим потенціалом природного відтоку кадрів (значна частина працівників пенсійного і передпенсійного віку); низький або невизначений рівень фінансування ПМСД. Все це вилилось у прийняття важливого стратегічного документу. У 2010 р. було прийнято Закон України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини». Члени УАСМ

були учасниками розробки та виконавцями вказаних документів як члени робочих груп та учасники організаційних заходів, а Л.Ф. Матюха з 2006-го по 2016-й рік була головним позаштатним спеціалістом МОЗ України з питань ПМСД.

Вперше в Україні у 2010 році відкрито нову наукову спеціальність «Загальна практика-сімейна медицина» (14.01.38), що була затверджена наказом ВАК України від 29 квітня 2010 р. №237, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України за №315/17610 від 5 травня 2010 р. Рішенням ДАК України було відкрито вперше спеціалізовану вчену раду Д 26.613.06 із захисту докторських і кандидатських дисертацій зі спеціальностей 14.01.02 – внутрішні хвороби, 14.01.38 – загальна практика-сімейна медицина при НМАПО імені П.Л. Шупика, головою ради призначено проф. Г.І. Лисенка, який створив одну з найпотужніших наукових шкіл з СМ в Україні.

Президентом УАСМ з 1997 р. був проф. Г.І. Лисенко, який одногосно переобирався на цю посаду делегатами I-III з'їздів сімейних лікарів. У 2013 р. Асоціація і вся медична громадськість України понесли важку втрату: пішов із життя президент УАСМ професор Лисенко Г.І. З 2013 по 2015 виконувала обов'язки президента УАСМ віце-президент асоціації - професор Н.Д. Чухрієнко. 2015 р. на IV з'їзді сімейних лікарів України (м. Полтава) президентом УАСМ було обрано Л.Ф. Матюху, яка започаткувала перебудову структури Асоціації.

За статутом УАСМ є всеукраїнською громадською організацією, яка об'єднує не лише сімейних лікарів та медичних сестер, але всіх, хто підтримує ідеї і розділяє філософію сімейної медицини. На даний час УАСМ налічує понад 10 000 членів, які також об'єднуються в регіональні Асоціації і осередки. Основною метою діяльності УАСМ є покращення стану здоров'я українців шляхом підвищення якості надання медичної допомоги населенню України на засадах сімейної медицини.

Завдяки активній громадській позиції, участі у міжнародних форумах сімейних лікарів і бажанні активно розвиватись, в 1999 р. УАСМ стає членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA) проф. Г.І. Лисенко обирається представником України у вищій керівний орган WONCA.

Активні члени УАСМ стають також і дійсними членами WONCA, що дає змогу брати участь в міжнародних форумах сімейних лікарів, безпосередньо спілкуватись із колегами з різних країн, долучатись до програм міжнародного співробітництва і досліджень в галузі сімейної медицини. Надзвичайно корисними для розвитку сімейної медицини і її філософських засад в Україні стають спільні проекти УАСМ, НМАПО з Університетом Темпл (США), фондом «Відродження», Королівським Коледжем лікарів загальної практики (Велика Британія), Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Університетом NIVEL (Нідерланди) (1998-2012 рр.). Спеціалісти і викладачі з провідних навчальних закладів і професійних асоціацій Європи, США, Австралії виступають на конференціях сімейних лікарів в Україні, проводять тренінги для практикуючих лікарів і навчання викладачів. Завдяки активній позиції всіх членів правління УАСМ філософія сімейної медицини поширюється в Україні, створюються регіональні осередки, укріплюється роль сімейного лікаря як самостійного спеціаліста в системі охорони здоров'я України, ЗПСМ затверджується як самостійна наукова спеціальність (2010 р.).

В 1997 р. в співробітництві з Національною медичною академією післядипломної освіти та Королівським коледжем лікарів загальної практики було засновано всеукраїнський науково-практичний журнал «Сімейна медицина», який сьогодні є фаховим медичним виданням України, на сторінках якого друкуються результати наукових робіт, проводиться дистанційне навчання сімейних лікарів, публікуються новини сімейної медицини з усього світу. З початку утворення УАСМ щорічно проводить конференції для лікарів, організаторів охорони здоров'я, викладачів. На конференціях члени Асоціації не лише обговорюють клінічні питання спеціальності, але й дискутує з проблемних питань законодавчого процесу, гострих економічних питань, шляхів підвищення якості підготовки майбутніх сімейних лікарів, виступають на колегіях та дискусійних майданчиках МОЗ та Верховної Ради України. Щорічно резолюції конференцій сімейних лікарів направляються з конкретними пропозиціями до Верховної Ради України, Кабінету міністрів, Президента, в МОЗ України.

За багаторічну невтомну працю, активну громадську позицію, значний персональний внесок в розвиток сімейної медицини України Почесним президентом УАСМ обрано професора Зарембу Євгенію Хомівну (м. Львів), віце-президентом - професора Чопея Івана Васильовича (м. Ужгород). Обрано правління асоціації з 59 осіб з різних регіонів України, а також три члени ревізійної комісії. Сучасна структура УАСМ складається із департаментів за наступними основними напрямками роботи, зокрема: медичний менеджмент (Надутий К.О.), належна лікарська практика (Івчук В.В.), освіта (Хімійон Л.В.), наукова діяльність (Бабінець Л.С.), методична робота (Чухрієнко Н.Д.), міжнародне співробітництво (Колесник П.О.), молода команда сімейних лікарів (Періг Ю.С.), медичні сестри (Головащук Л.А.), відділ оперативних функцій (Кисельов А.О.).

Понад 70 членів УАСМ є членами Європейської академії викладачів сімейної медицини (EURACT), проходять навчання та стажування на міжнародних навчальних курсах і тренінгах для викладачів сімейної медицини.

За останні роки УАСМ реалізовано декілька нових міжнародних проектів – у співпраці із ВООЗ, МБФ «Альянс громадського здоров'я». У 2016 році Асоціацією проведено проект «Ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» за підтримки «Агентства з міжнародного розвитку США» (USAID), «Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ» та НМАПО імені П.Л. Шупика. Провідними спеціалістами УАСМ проводяться регулярні виїзні навчально-тренінгові цикли в різних регіонах України. Відповідно до розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) документу «Глобальна стратегія сектора охорони здоров'я по ВІЛ на 2016-2021 рр.», метою якої є ліквідація епідемії СНІДу до 2030 року, в рамках досягнення цілей стратегії ЮНЕЙДС «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції», а також Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу на 2014 - 2018 роки, в Україні проводиться низка заходів, які спрямовані на розширення доступу до тестування на ВІЛ-інфекцію, антиретровірусної терапії (АРТ), покращення державної системи надання якісних і доступних послуг людям, які живуть з ВІЛ

(ЛЖВ), формування толерантного ставлення до них у суспільстві, профілактики ВІЛ-інфекції тощо.

Сімейна медицина поступово виходить на перший план як базис системи охорони здоров'я. Сімейний лікар зможе надати значно ширший обсяг медичних послуг для пацієнтів, ніж в спеціалізованих закладах, що розширить доступ до лікування і профілактики захворювань, зокрема ВІЛ-інфекції. Крім того, існуючі законодавчі акти України, уніфіковані клінічні протоколи, створюють передумови для ефективної роботи лікарів всіх рівнів та окреслюють місце первинної ланки у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Розуміючи актуальність такого навчання СЛ, спираючись на трирічний досвід підготовки СЛ за тематикою ВІЛ/СНІДу ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» за підтримки та у співпраці з НМАПО імені П.Л.Шупика та в рамках реалізації проекту RESPECT: «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) разом з ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у 2015-2017 рр. провела одинадцять 5-денних циклів тематичного удосконалення (ТУ) «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/ СНІДом сімейним лікарем» для СЛ Житомирської, Київської, Черкаської, Чернігівської, Київської областей та м. Києва, Дніпропетровської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Полтавської та Херсонської областей. Всього пройшли тренінги 230 курсантів.

За результатами проведених тренінгів було проведено дослідження «Оцінка впливу знань, отриманих сімейними лікарями після проходження циклу ТУ «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» на залучення людей, які живуть із ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику до програм добровільного консультування та тестування і лікування ВІЛ-інфекції».

У 2016 році кафедрами сімейної медицини Дніпропетровської медичної академії МОЗ України, ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» та Одеського національного медичного університету навчальний план та програму циклу ТУ було адаптовано

та затверджено Вченими Радами факультетів післядипломної освіти цих вищих навчальних закладів.

В цьому же році був проведений тренінг для тренерів (15 осіб) для підготовки викладачів кафедр сімейної медицини ФПДО ДЗ «Дніпропетровської медичної академії МОЗ України», ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» та ВДНЗ України «УМСА». Також в рамках проекту були проведені робочі зустрічі у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській областях з метою розробки механізму залучення СЛ до проходження навчання за програмою циклу тематичного удосконалення (ТУ) «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем». До участі в робочих зустрічах були залучені представники Обласних Департаментів охорони здоров'я (ДОЗ); головні позаштатні спеціалісти ДОЗ Дніпропетровської, Одеської та Полтавської обласних державних адміністрацій за спеціальністю «ЗПСМ»; представники кафедр факультетів післядипломної освіти (ФПДО) СЛ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» («ДМА МОЗ України»), ВДНЗ «Одеський національний медичний університет» («ОНМедУ») та ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» («УМСА»), головні лікарі обласних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом; голови правління неурядових організацій (НУО), що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції; представники регіональних Асоціацій сімейної медицини у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській областях.

УАСМ через проект «Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримувального лікування в Україні» долучилася до процесу локалізації епідемії ВІЛ-інфекції в Україні шляхом впровадження розширених інтегрованих медичних послуг, зокрема підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) наркозалежним пацієнтам на первинній ланці, що дає можливість контролювати стан здоров'я і діагностувати ВІЛ-інфекцію в тому числі, скеровувати на антиретровірусну терапію, контролювати ефективність лікування.

На першому етапі реалізації проекту досягнуто результатів в 11-ти ЦПМСД Дарницького, Деснянського, Дніпровського районів м. Київ.

На замовлення УАСМ протягом 2018 року в НМАПО імені П.Л. Шупика було підготовлено 36 сімейних лікарів за програмою 39-годинного курсу тематичного удосконалення «Надання інтегрованої допомоги пацієнтам з опієюною залежністю на первинній ланці медичної допомоги», в межах якого надані спеціальні знання про розлади, що викликаються вживанням ПАР, фази лікування препаратами ЗПТ, та навички спілкування з пацієнтами програми ПТАО. У межах Проекту було проведено додаткові інформаційні заходи з метою розширення знань лікарів загальної практики щодо питання лікування та особливостей ведення пацієнтів хворих на опієюну залежність в межах програми ЗПТ.

УАСМ налагоджено співпрацю з вторинною ланкою надання медичної допомоги, зокрема, із КМКНЛ «Соціотерапія». Відпрацьовано механізм переадресації пацієнтів сайту ЗПТ до первинної ланки надання медичної допомоги: розроблено критерії переадресації пацієнтів між сайтами, стажування лікарів і медичних сестер на робочому місці (КМКНЛ «Соціотерапія»), супровід соціальним працівником пацієнтів на етапі переадресації, надання консультацій лікарів-наркологів сімейним лікарям щодо клінічних випадків ведення пацієнтів ЗПТ, організація СЛ моніторингу вживання додаткових нелегальних психоактивних речовин пацієнтами, ведення пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, вірусними гепатитами.

На сьогодні 18 наркозалежних пацієнтів з січня 2018 отримують ПТАО за рецептурною формою, 26 пацієнтів знаходяться на амбулаторній формі ПТАО, яка функціонує на базі кабінетів інтегрованої допомоги в ЦПМСД Дарницького, Деснянського та Дніпровського районів м. Києва.

До кінця 2018 року планується переадресувати 130 пацієнтів з КМКНЛ «Соціотерапія» в ЦПМСД Дарницького, Деснянського та Дніпровського районів м. Києва. Ведеться активна підготовча робота в районних ЦПМСД Київської області для переадресування наркозалежних пацієнтів, які отримують ПТАО в наркологічних закладах охорони здоров'я, на первинну ланку медичної допомоги. У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Пацієнт-орієнтоване консультування у первинній медичній

допомозі» 04-05 грудня 2018 року, проведено симпозиум: «Ведення пацієнтів із залежностями у практиці первинної допомоги. Психологічні аспекти консультування» з залученням фахівців Міжнародного Центру обміну технологіями у сфері залежностей в Україні та Центральній Азії, PEPFAR.

Важливою проблемою здоров'я населення України початку 2000-х років стала епідемія ВІЛ-інфекції. У 2016 році в м. Києві була розроблена і запущена до виконання міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2021 роки. Заходи протидії ВІЛ/СНІДу, реалізовані за останні 15 років в Україні та м. Києві, де найбільше виявлено інфікованих, принесли вагомі результати, але для подолання епідемії ще існує багато невирішених проблем.

Досі поза увагою залишається значна кількість людей з соціальними проблемами, насамперед з груп підвищеного ризику, щодо інфікування або людей, які живуть з ВІЛ/СНІД і не отримують медичної допомоги.

З 2014 року країни світу при координації Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) почали перехід на нову стратегію подолання епідемії ВІЛ-інфекції Фаст Трек (Fast Track). Метою стратегії є забезпечення визначення ВІЛ-статусу у 90% населення, забезпечити 90% людей з позитивним ВІЛ-статусом антиретровірусним лікуванням і досягти у 90% людей, які отримують антиретровірусну терапію невизначуваного рівня вірусного навантаження, що обриває ланцюг подальшої передачі вірусу.

Члени асоціації активно співпрацюють з регіональними та національними органами влади, беруть участь в засіданнях профільного Комітету ВР України, активно залучені в роботу над створенням Клінічних настанов, Уніфікованих клінічних протоколів, відстоюють інтереси сімейної медицини в громадських слуханнях і обговоренні процесу реформування системи охорони здоров'я України. УАСМ направляє свою діяльність на укріплення позицій сімейної медицини в Україні, підвищення престижу спеціальності загальна практика - сімейна медицина, сприяння постійному професійному розвитку сімейних лікарів підвищення якості підготовки спеціалістів.

УАСМ і надалі бачить свою роль як повідної громадської організації, що об'єднує зусилля лікарів, влади і суспільства задля покращення стану здоров'я нації.

Основні етапи розвитку СМ в Україні:

– 1987 р. – затвердження МОЗ України регіонального експерименту у Львові: розроблення тимчасових нормативних документів, першої кваліфікаційної характеристики, функціональних обов'язків сімейних лікарів, моделей поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування.

– 1991 р., м. Львів – перехід до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у 3-річній інтернатурі.

– 1992 р., МОЗ України – затвердження учбового плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників за спеціальністю «лікар загальної практики».

– 1992 р., м. Дрогобич – відкриття першої в Україні амбулаторії сімейної медицини.

– 1994 р., МОЗ України – затвердження кваліфікаційної характеристики лікаря за спеціальністю «Сімейна медицина».

– 1995 р., МОЗ України – затвердження посади «лікар загальної практики-сімейний лікар».

– 1995 р., МОЗ України – затвердження навчального плану та програми циклу спеціалізації з сімейної медицини.

– 1995 р. – кафедру терапії у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького реорганізовано на кафедру терапії з курсом сімейної медицини.

– 1996 р., Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика – відкриття першої кафедри СМ шляхом реорганізації кафедри терапії №1 (18 грудня 1996 р.).

З 2001 р. кафедри СМ наявні у 17 медичних вишах України.

– 1997 р., МОЗ України – включення до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина».

– 1997 р. – створення Української асоціації сімейної медицини.

– 1999 р. – починає видаватися науково-практичний журнал «Сімейна медицина».

– 1999 р. – створено першу мультидисциплінарну кафедру поліклінічної справи та сімейної медицини на додипломному рівні викладання у Тернопільській державній медичній академії імені І.Я. Горбачевського із відкриттям перших в Україні навчально-практичних центрів ПМСД у сільській місцевості.

– 2004 р. – експеримент в м. Комсомольськ Полтавської області зі створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню з пріоритетним впровадженням СМ (наказ МОЗ від 16.01.2004 №16).

– 2004 р. – експеримент з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі СМ в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях (наказ МОЗ від 06.07.2004 №338).

– 2005 р., Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика – створення першого факультету «Загальна практика–сімейна медицина».

– 2009 р. – створення у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Інституту сімейної медицини.

– 2011 р. – впровадження реформування системи охорони здоров'я на засадах СМ у пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і м. Києві.

Нормативно-правова база впровадження СМ в Україні. Суттєвого розвитку ЗПСМ в Україні стала набувати з 2000 року, коли відповідно до документів ВООЗ була прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні, в якій серед провідних заходів з реформування галузі було зазначено організацію ПМД за сімейним принципом (Указ Президента від 07.12.2000 №1313/2000) та Постановою Кабінету Міністрів від 20.06.2000 №989 затверджено комплексні заходи щодо впровадження СМ. Відповідно до цього МОЗ видано низку наказів, які регламентують процеси перетворень у системі ПМД, різні аспекти організації роботи первинної ланки на засадах СМ, затверджено документацію, кваліфікаційні характеристики і положення про лікаря ЗПСЛ та медичну сестру ЗПСМ, а саме:

– 11.09.2000 №214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації ПМСД на засадах сімейної медицини».

– 23.02.2000 №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», яким затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів ЗПСМ.

– 29.12.2000 №372 «Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я», яким доповнено номенклатуру закладів охорони здоров'я амбулаторією ЗПСМ.

– 01.02.2001 №39 «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників» (внесено спеціальність «медична сестра загальної практики-сімейної медицини»).

23.02.2001 №72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»: – Примірне положення про лікаря ЗПСМ, – Примірне положення про медичну сестру ЗПСМ, – Примірне положення про відділення ЗПСМ, – Примірне положення про денний стаціонар, – Примірне положення про стаціонар вдома, – Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина». – Кваліфікаційна характеристика медичної сестри зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина».

– 12.07.2001 №283 «Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів ЗПСМ», яким затверджено медичну облікову документацію (чинний до 2004 року).

– 23.07.2001 №303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) ЗПСМ», яким затверджено положення про амбулаторію ЗПСМ, таблиць оснащення амбулаторії (відділення) ЗПСМ, обладнання сумок-укладок лікаря ЗПСМ та медсестри ЗПСМ, перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) ЗПСМ.

– 25.06.2001 №244 «Про проведення моніторингу реорганізації ПМСД на засадах сімейної медицини», який регламентував проведення моніторингу впровадження СМ (чинний до 2004 року).

– 28.12.2002 №507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», яким затверджені нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах.

– 05.05.2003 №191 «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю ЗПСМ», яким уніфіковані вимоги до обсягів і якості медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах України, починаючи з 2004 року запроваджено тимчасові нормативи.

– 08.01.2004 №1 «Про удосконалення моніторингу ПМСД на засадах СМ та уніфікації відповідної облікової медичної документації», яким було затверджено перелік і зразки облікової медичної документації закладу ЗПСМ.

– 01.12.2004 №588 «Про затвердження облікових статистичних форм». Надалі розвиток ПМД регламентували:

Постанова Кабінету Міністрів від 10 січня 2002 р. №14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки»,

Указ Президента №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»,

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.06 №4211 р. «Про схвалення концепції державної Програми розвитку ПМСД на засадах СМ на період до 2010 р.»,

Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.07 р. №815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року».

У рамках виконання цих документів МОЗ було видано низку наказів, серед яких: наказ МОЗ від 20.06.2006 р. №404 «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 22.05.2006 р. №308 «Про затвердження табеля оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій ЗПСМ) та підрозділів ПМД лікувально-профілактичних закладів», Наказ МОЗ від 28.12.2006 р. №915 «Про забезпечення регіонів України автомобілями швидкої медичної допомоги для сільських закладів охорони здоров'я», Наказ МОЗ від 21.12.2006 р. №848 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2006 р. №468 «Про заходи щодо посилення моніторингу забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами» та Наказ МОЗ від 11.05.2007 р. №237 «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню ПМСД», коли фактично вперше у незалежній

Україні було проведено інвентаризацію первинної ланки медичної допомоги: стану мережі, її матеріального, кадрового і фінансового забезпечення.

На даний момент законодавчою базою діяльності ПМД на засадах СМ є наступні законодавчі та нормативні акти останніх років: Конституція України, Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, Податковий кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань», Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 №285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1077 «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я».

Останніми роками з 2014 року відбувається глибинне реформування ПМСД, яке від крило нову сторінку в її історії. Напрацьовано серйозні нормативні документи, які регламентують поступальний рух і глибокі зміни у розвитку СМ – пріоритетної галузі системи охорони здоров'я. До таких документів належать наступні:

Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

Закон України від 07.12.2017 №2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>.

Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного

ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

обслуговування населення». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

Постанови Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 №862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/862-2016-п>);

від 09.11.2016 №863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів» (URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/863-2016-п>);

від 17.03.2017 №152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів» (URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-п>). 18 URL: <http://liky.gov.ua>.

Наказ МОЗ України від 04.01.2018 р. №13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)».

Наказ МОЗ України від 21.03.2018 р. №504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я».

Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

УАСМ на марші реалізує свої основні статутні завдання: гуртувати медичну спільноту ПМД, вносити корективи до курсу, який пропонує Уряд і очільники МОЗу, захищати права членів Асоціації, пропонувати свіжі ідеї, які ґрунтовані на реальному практичному досвіді, науково обґрунтовувати їх для забезпечення достатнього рівня доказовості інновацій.

Сподіваємося, що реформу у сфері ПМД чекає успіх, який так необхідний як для працівників галузі-медиків, так і для пацієнтів-громадян України. Основна мета ПМД і УАСМ – досягнення високого рівня якості життя і стану здоров'я громадян України, а також активного довголіття.

СУЧАСНІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

У процесі реформування системи медичної допомоги та відкриття закладів загальної практики – сімейної медицини, що є фундаментом системи охорони здоров'я, значна роль відводиться лікарю загальної практики – сімейному лікарю, який повинен мати високу кваліфікацію, глибокі знання в області загальних, доклінічних та клінічних дисциплін [7].

Серед пріоритетних напрямів розвитку освіти в Україні з врахуванням міжнародних тенденцій визначено: підвищення якості освітніх послуг, забезпечення рівного доступу до якісної освіти на всіх рівнях, підвищення конкурентоспроможності національної системи освіти та її інтеграцію в єдиний європейський освітній простір. Також і система вищої медичної освіти вимагає нових підходів до підготовки висококваліфікованих працівників та осмислення педагогічного процесу у ВНЗ [10].

Сучасні світові стандарти в галузі освіти передбачають підготовку висококваліфікованих спеціалістів, здатних інтегрувати теоретичні знання і практичні вміння в цілісну систему, володіти новими технологіями тощо. Пошук стандартів вищої медичної освіти є оптимальною стратегією досягнення концептуально нового рівня якості підготовки майбутніх фахівців, основою якої є підготовка медичних працівників відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм викладання з урахуванням особливостей та інтересів національної системи охорони здоров'я [2,7,9].

Необхідність переходу від традиційних до інноваційних технологій обумовлена тим, що сформована система освіти не орієнтована на активізацію особистісних особливостей тих, яких навчають, а навчальний процес по суті є монологічним. Саме тому застосування активних методів навчання, таких, як тренінги, дискусії, ігри, симуляційні технології, тощо, повинно бути не практичним додатком до теоретичних питань, а навпаки, служити відправною точкою, від якої відштовхуються і викладач, і слухачі в процесі навчання, що є спільною діяльністю за рішенням тих чи інших

проблем, у тому числі спрямованих на особистісний розвиток учасників навчального процесу. Отже, змінюється і позиція викладача: він не стоїть зверхньо над тими, кого навчає, а стає учасником спільної роботи [12].

На вибір використання різних навчальних технологій в медичній освіті впливають особливості самої медичної спеціальності, в якій, безумовно, яскраво виражені, як теоретична, так і практична складові. Серед найбільш частих заперечень про доцільність використання різних навчальних технологій в медичній освіті потрібно виділити тезу про те, що ніде більше, як біля ліжка хворого не можна визначити чи володіє лікар необхідними знаннями, вміннями та навичками. Однак далеко не завжди, і не кожен приклад можна розглянути безпосередньо «на хворому». Зокрема, це може бути пов'язано просто з відсутністю тематичних хворих під час вивчення певної теми, у той же час існують активні технології і методи навчання, що дозволяють досить ефективно навчати фахівців [5,11,15].

Велике значення має саме комплексність навчання: використання дистанційних форм на етапі теоретичної підготовки та відпрацювання практичних навичок на клінічних базах стажування. Дистанційні форми освіти не можуть існувати самостійно та використовуються у поєднанні з класичними формами навчання

Етапність навчання: максимальне використання дистанційних форм на першому етапі (теоретична підготовка) та практична робота безпосередньо з пацієнтом на наступному заочному етапі. Відпрацювання практичних навичок проводиться на клінічних базах кафедри та базі навчально-практичних центрів кафедри.

На кафедрі сімейної медицини і терапії були використані наступні дистанційні навчальні технології:

– дистанційні on-line-лекції для загальної цільової аудиторії. Лекції проводилися за допомогою мультимедійної презентації. Основною метою дистанційної лекції було викликати зацікавленість аудиторії та стимулювати лікарів до пошуку інформації з даної теми;

– дистанційні on-line-семінари, які передбачали інтерактивне спілкування викладача з лікарями-курсантами, які знаходилися на базі центру первинної медико-санітарної допомоги. Роль викладача:

спрямовуюча (організаційна), консультативна (інформаційна) та контролююча. Під час дистанційного семінару був використаний інтернет та засоби відеозв'язку;

– дистанційні індивідуальні on-line-консультації передбачали інтерактивне спілкування викладача з конкретним лікарем-курсантом. Метою дистанційної консультації було ознайомлення лікарів з новою інформацією та контроль з боку викладача. Під час індивідуальної консультації викладач оцінював рівень теоретичних знань лікаря та опанування ним практичних навичок, що давало змогу вносити зміни в індивідуальний план лікаря-курсанта, доопрацьовувати деякі теми.

За результатами дослідження процес навчання трансформується з монологу викладача і вивчення набору навчальних матеріалів у постійний діалог між викладачем і лікарем, який навчається, перенесений з навчальної аудиторії в умови, комфортніші для лікаря з точки зору часу і місця реалізації процесу здобуття знань.

На допомогу класичним технологічним аспектам приходять нові, зокрема, інтерактивні технології навчання. Поняття «інтерактивність» прийшло з англійської мови від слова «interact» де «inter» – взаємний, «act» – діяти. Таким чином, інтерактивність – це здатність до взаємного діалогу [5,15].

При інтерактивному навчанні всі учасники навчального процесу взаємодіють між собою, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку, занурюються в реальну атмосферу ділового співробітництва з розв'язання низки проблем відповідно до їх інтересів, потреб і запитів. При цьому відбувається постійна зміна видів навчальної діяльності [6,15].

За рекомендацією EURACT (Європейська академія викладачів загальної практики – сімейної медицини) модель змішаного (гібридного) навчання дає найкращий результат при навчанні сімейних лікарів. Змішане навчання передбачає поєднання самостійної роботи лікаря з або без використання електронних платформ, медіа-сервісів і традиційної роботи в аудиторії з використанням інтерактивних методик групової роботи.

Сьогодні у більшості країн світу під час підготовки медичних фахівців застосовують симуляційні технології, які є новим напрямом підготовки висококваліфікованих медичних кадрів [14].

Діапазон методик, що об'єднують поняттям «Симуляційні технології», дуже широкий: це і різноманітні тренажери, де відпрацьовуються практичні навички з високим рівнем реалістичності, і комп'ютерні та віртуальні моделі для удосконалення алгоритмів дій із різними клінічними ситуаціями [13].

Body Interact є новітнім інструментом імітаційного моделювання, що призначений для використання у вищих медичних навчальних закладах та медичних коледжах для вирішення задач та клінічного обґрунтування шляхом використання віртуальних пацієнтів. «Віртуальний пацієнт» - це інноваційна інтерактивна технологія навчання, що дозволяє за допомогою комп'ютерної моделі реальної клінічної ситуації повноцінно зануритися в діагностичний і лікувальний процес, приймати самостійні рішення з тактики діагностики і лікування, бачити і усвідомлювати наслідки тих чи інших своїх рішень, не порушуючи при цьому прав та безпеки пацієнта. Безумовними перевагами даної технології є також стимулювання інтересу до самостійного вивчення матеріалу, наочність, можливість «взяти паузу» в процесі роботи з пацієнтом і отримати необхідну довідкову інформацію.

Сьогодні на кафедрі сімейної медицини і терапії за участю викладачів кафедри проходять навчання лікарі-інтерни та лікарі-курсанти з фахів загальна практика – сімейна медицина, внутрішні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, педіатрія, ендокринологія. Для них є доступними 20 клінічних сценаріїв з різними нозологіями, які вони опрацьовують. Такі нововведення в підготовку фахівців значно покращують як теоретичний рівень знань лікарів, так і оволодіння практичними навичками, а загалом сприяють підвищенню якості підготовки. Все так як у реальному житті: об'єднання всіх ресурсів та даних разом в динамічній фізіологічній моделі із десятками вбудованих станів та порушень здоров'я, лабораторних аналізів, діагностичних візуалізацій, шкали оцінки, втручання та лікування, поряд з високоефективними інструментами для підбиття підсумків. База доступних для навчання сценаріїв

постійно оновлюється, забезпечуючи викладачів великою бібліотекою попередньо налаштованих клінічних сценаріїв із оновленими клінічними протоколами, Body Interact пропонує інтуїтивно зрозумілий інструмент для створення спеціальних сценаріїв, тим самим дає можливість розширити знання лікарів та збагатити їхній досвід. З метою покращення якості навчання для кожного окремого слухача або цілої групи на візуальну інформаційну панель виводиться детальний аналіз, що включає метрику дій та інтуїтивно зрозумілий інтерфейс, який значно полегшує налаштування та запуск об'єктивно структурованих клінічних іспитів.

Система професійної медичної освіти повинна швидко реагувати на безперервні зміни в науці, зростаючі вимоги до індивідуальних та професійних якостей фахівця і своєчасно вносити необхідні зміни в організацію навчального процесу. Особливістю практичних занять на клінічних дисциплінах є класичний підхід: заняття має будуватись навколо реального пацієнта, що навчає слухачів клінічно мислити, оцінювати результати отриманих даних та індивідуально призначати лікування. Якість освіти залежить від повноцінності отримуваних знань, відповідних професійним вимогам. З цієї точки зору необхідна своєчасна корекція викладачем структури заняття [1,8].

Реорганізація навчального процесу в університеті вимагає удосконалення методики проведення практичного клінічного заняття із забезпеченням якісними методичними та наочними засобами навчання, організації самостійної клінічної роботи слухача, зменшення кількості слухачів на одного викладача, особливо при вивченні клінічних дисциплін тощо. Використання симуляційних технологій, як одного з методів реорганізації навчального процесу, сприяє оптимізації оволодінню практичними навичками та підвищує інтерес сімейних лікарів до професії [4].

Навчання клінічних умінь із використанням манекенів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів під наглядом викладача надає можливість лікарям-інтернам та лікарям-курсантам припускатися помилок у безпечному середовищі, що покращує опанування ними клінічних умінь. На симуляційному тренінгу пріоритетом є саме виконання навчального завдання, у процесі якого допускається негативний результат медичної допомоги, щоб той, хто

навчається, відчув усю міру своєї відповідальності, але при цьому не отримав психологічної травми, яка можлива, якщо таке трапиться із справжнім пацієнтом. Симуляційне навчання виключає страх і психотравматичну компоненту від негативного результату першого досвіду стажиста, що значно покращує засвоєння навчального матеріалу.

Водночас ми, звичайно, дуже добре розуміємо, що симуляційне навчання все ж не є панацеєю в жодному разі і не зможе повністю замінити навчання «біля ліжка хворого» – обидві технології в сучасному освітньому процесі повинні органічно доповнювати одна одну.

Симуляційні технології навчання реалізують більш ефективну практичну підготовку лікарів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина», покращуючи в 2-3 рази результативність навчання.

Позитивний ефект застосування інтерактивних методів для навчання людей давно доведений і не викликає сумнівів. Викладачами кафедри сімейної медицини і терапії під час занять сімейними лікарями були впроваджені наступні інноваційні технології та інтерактивні методи навчання: мозковий штурм, дискусія, вивчення випадку, презентація, рольова гра [6,15].

Мозковий штурм – один із найбільш використовуваних методів у тренінгах.

Мозковий штурм має чіткі етапи, послідовність яких не може бути змінена. Викладач чітко формулює завдання, відповідь на яке потрібно знайти учасникам. Учасники висловлюють усе, що спало на думку. При цьому важливо дотримуватися одного з основних правил проведення мозкового штурму – ЖОДНИХ коментарів упродовж збирання ідей, навіть якщо вони виглядають смішними, недоречними, адже який-небудь коментар може припинити процес продукування ідей.

Дискусія – це колективне обговорення важливого питання з метою знаходження шляхів його вирішення. Ціль дискусії як методу полягає в одержанні аргументованих точок зору чи позицій на заданий предмет чи проблему.

Дискусія сприяє розвитку критичного мислення, дає змогу визначити власну позицію, формує навички відстоювання своєї особистої думки, поглиблює знання з даної проблеми.

Дискусія може проводитись у таких форматах: круглий стіл, дебати.

Вивчення випадку (кейс-метод/кейс-стаді англ. «case-study») – це спеціальна інтерактивна методика, що передбачає моделювання життєвих ситуацій, їх розгляд, вирішення за визначеним сценарієм, публічний захист прийнятого рішення.

Моделювання практичних ситуацій може здійснюватися двома способами:

1) на основі опису реальних подій (історія хвороби пацієнта, журнальні статті);

2) на базі штучно сконструйованих ситуацій (ситуаційні задачі, тестові завдання).

Презентація – це форма подання інформації як за допомогою різноманітних технічних засобів. Навчальна презентація призначена допомогти викладачу забезпечити зручне і наочне викладання теоретичного і практичного матеріалу.

Рольова гра – це гра за правилами, підпорядкованими досягненню задалегідь окресленого ігрового результату. Ігрові ситуації моделюють або відтворюють реальні, чи типові робочі ситуації, в яких кілька людей грають визначені ролі за певним сценарієм на завчасно обрану навчальну тему. Рольова гра дозволяє створити безпечне оточення, в якому учасники можуть розглядати, а також визначати альтернативні підходи в роботі з ситуаціями.

Формування у вищому медичному навчальному закладі гармонійно розвиненої особи лікаря – громадянина України потребує комплексного підходу до організації навчального процесу. Необхідність вдосконалення та оптимізації навчального процесу продиктована сучасними вимогами до підготовки висококваліфікованих, всебічно розвинутих, ерудованих медичних спеціалістів[3].

Головною метою роботи викладачів вищої медичної освіти є, без сумніву, підготовка компетентних, висококваліфікованих лікарів й тому вони повинні чітко розуміти значення термінів

«компетентність» і «компетенція» та умови навчання, які потрібно створити лікарям для досягнення ними відповідної професійної компетентності.

У професійній підготовці фахівців важливе значення має компетентнісний підхід – інтегративна характеристика особистості, що відображає готовність і здатність мобілізувати набуті знання, уміння, навички, досвід, способи діяльності і професійно значимі та особистісні якості фахівця.

Основною метою післядипломної освіти є акцент на практичну підготовку спеціалістів. Оцінювання практичної підготовки проводилося за сіткою оцінювання викладачем за наступними категоріями: *Клінічний аспект*: визначити ступінь невідкладності допомоги в певній ситуації; проводити клінічне обстеження та формулювати його результати; призначати додаткові обстеження та аналізи і використовувати їх результати; висувати діагностичні та терапевтичні гіпотези; виконувати прості технічні маніпуляції, необхідні в певній клінічній ситуації; *Комунікація*: надавати інформацію в зрозумілій формі; спілкуватися з пацієнтом та його сім'єю належним чином; дотримуватись правил поведінки при роботі в команді; продемонструвати здатність синтезу та наукову допитливість; *Усна презентація*: вміти описати, презентувати хід обстеження, клінічний випадок, результати наукового дослідження та інше.

Основою діяльності сімейного лікаря є пацієнт, його вимоги, потреби та особистість, з його переконаннями, страхами, очікуваннями, нездужаннями. З цього витікають наступні положення: остаточне рішення є результатом спілкування з пацієнтом; врахування особистих аспектів вимагає роботи і, отже, відповідну підготовку майбутніх лікарів; відносини лікар-пацієнт, що відбуваються у відповідності до цього підходу, включають дії лікаря в процесі лікування та в епідеміологічних дослідженнях; лікар повинен використовувати декілька різних джерел інформації таких, як «Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги» - ІСРС-2 та численні довідники лікаря загальної практики [5].

Певна професійна компетенція лікаря формується на комплексній основі знань (декларативних та процедурних), навичок (поведінкових,

операційних та когнітивних), особистих якостей і досвіду лікаря та зовнішніх обставин.

За визначенням CNGE (Національна колегія викладачів-лікарів загальної практики), компетенція – це комплексне вміння пов’язане з контекстом навчання або практичної підготовки, яке інтегрує кілька видів здібностей та вмінь і дозволяє, аналізуючи схожого роду обставини, не тільки виявляти проблеми, але й ефективно їх розв’язувати у відповідності до певної ситуації [5].

Для здійснення спеціальності лікаря загальної практики вимагається володіння компетенціями та п’ятьма сферами діяльності:

- Специфічний клінічний підхід;
- Спілкування з пацієнтами та їх оточенням;
- Застосування професійного обладнання та інструментарію;
- Координована взаємодія з професійним оточенням та санітарними і соціальними службами;
- Вміння сприяти розвитку та підвищенню престижу галузі загальної практики.

Необхідність моделювання процесу формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін визначається потребою практики професійної освіти в побудові цього процесу, виділенні його базових компонентів, моніторингу результатів, отримання інформації про можливості його вдосконалення. Як відомо, модель – це штучно створений об’єкт, який передає будь-які суттєві особливості оригіналу, відображаючи в більш простому вигляді його структуру і взаємозв’язки між його компонентами. У науковій літературі смислове поле поняття “модель” визначається як: пристрій що відтворює, імітує будову, функції, дії будь-якого іншого пристрою (при випробуваннях); образ, аналог, схема певного фрагмента реальності, об’єкта культури або пізнання оригіналу; інтерпретація (в логіці, математиці).

Аналіз педагогічної літератури засвідчує, що процес моделювання широко застосовується в педагогіці й дидактиці. При цьому моделюванню підлягає як зміст освіти, так і навчальна діяльність. У педагогіці модель розглядається як система об’єктів або знаків, яка відтворює певні суттєві властивості системи-оригіналу, вона є

узагальненим відображенням об'єкта, результатом абстрактного практичного досвіду, а не безпосереднім результатом експерименту.

Проблема моделювання педагогічного процесу знайшла відображення у науковому доробку вітчизняних науковців: О. Антонової, О. Березюка, С. Вітвицької, О. Рудницької, С. Гончаренко та інших. Під педагогічною моделлю розуміємо систему, яка відображаючи реальний об'єкт дослідження здатна заміщати його в процесі вивчення. Для відображення цілісної картини досліджуваного процесу розроблено модель формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін, яку визначено як структурно-змістову. Розробляючи педагогічну модель, дійшли висновку, що проблема формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін є складною і різнобічною, яку потрібно розглядати з позицій декількох взаємопов'язаних наукових підходів, а саме: системного та компетентнісного [5]. Отримані дані свідчать про те, що моделювання процесу формування дослідницької компетентності відповідно до концепцій системного та компетентнісного підходів забезпечить позитивну динаміку рівнів сформованості дослідницької компетентності сімейних лікарів.

Висновки.

Таким чином, мотивація лікарів до постійного самовдосконалення, активної участі в навчальному процесі; ґрунтовна комплексна теоретична та практична підготовка, закладає основи клінічного мислення та забезпечує здобуття загальних клінічних компетенцій. Моделювання педагогічного процесу запропонованого дослідження відповідно до концепції системного підходу гарантує розвиток у сімейних лікарів дослідницької компетентності.

Для досягнення максимального засвоєння матеріалу, щоб зробити заняття цікавим і динамічним, легким для засвоєння матеріалу, треба використовувати різні інтерактивні методи навчання, про які йшлося вище: мозковий штурм, роботу в міні-групах, дискусію, кейс-метод, рольову гру, презентацію.

Впровадження в навчальний процес симуляційних технологій орієнтує лікаря на командну працю, вміння враховувати точку зору іншого спеціаліста, сприяє розвитку комунікативних навичок,

формуванню інтелектуальної самостійності та професіоналізму. Використання таких інтерактивних технологій як «Віртуальний пацієнт» у професійній підготовці сімейних лікарів дає можливість розв'язання проблемних ситуацій за допомогою ефективних дій, інтуїції, навчання, стимулювання самонавчання, повного розкриття потенціалу та підвищення мотивації особистості, формування навичок поведінки у критичних ситуаціях, уміння збагачувати діяльність новими способами виконання, розвитку професійної гнучкості й мобільності, прийняття кінцевого рішення, одержання насолоди від самої діяльності, а не тільки від її результатів [3].

На даному етапі розвитку охорони здоров'я і медичної освіти використання різноманітних дистанційних навчальних технологій є дуже сучасним та затребуваним, дає можливість досягти якісно нового рівня післядипломної освіти.

Список літератури

1. Булавенко О. В. Досвід застосування симуляційних технологій у навчальному процесі спеціалізованого акушерсько-гінекологічного кластера на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова / О.В. Булавенко, Д.Г. Конькова, І.Л. Кукуруза // Тези доповідей навчально-методичної конференції «Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах» (26 лютого 2014 р.) – Вінниця : 2014. – С. 18-19.
2. Вороненко Ю. В. Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2013. – №2. – С. 19-23.
3. Гевкалюк Н.О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці лікарів-стоматологів дитячих / Н.О. Гевкалюк // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 16-18.
4. Гусєв В.М. Шляхи оптимізації додипломного навчання на кафедрі акушерства і гінекології / В.М. Гусєв, В.М. Астахов, Є.М. Шевченко // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 19-21.
5. Ждан В.М. Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення кваліфікації лікарів / В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, Є.М. Кітура, Л.М. Шилкіна, М.В Ткаченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2018. - Вип. 4, Т.1(146). - С.142-145.
6. Ждан В.М. Основні інтерактивні методи навчання в підготовці лікаря-спеціаліста / В.М. Ждан, Є.М. Кітура, М.Ю. Бабаніна // Актуальні питання контролю якості освіти у вищих навчальних закладах:

- Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Полтава, 22 березня 2018 р.). Полтава : 2018. – С. 88-89.
7. Лінчевський О.В. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах / О.В. Лінчевський, В.М. Черненко, Ю.С. П'ятницький [та ін.] // Медична освіта. – 2017. – №3. – С. 6-9.
 8. Лісовий В.М. Загальні проблеми та перспективи застосування симуляційних методів освіти / В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.Д. Марковський, І.В. Завгородній // Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: Матеріали І навчально-методичної конференції, присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (м. Харків, 30 листопада 2016 р.) – Харків : 2016. – С. 3-7.
 9. Пилипчук В.І. Роль інноваційних технологій у навчанні з циклу “хірургія” студентів 6-го курсу медичного факультету / В.І. Пилипчук // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.43-45.
 10. Подковко Х.В. Інноваційні освітні технології у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах: перешкоди та перспективи впровадження / Х.В. Подковко // Вісник. Серія “Педагогічні науки”. – 2016. – №140. – С. 61-64.
 11. Потяженко М.М. Інноваційні технології в організації самостійної роботи лікарів-інтернів із фаху «Внутрішні хвороби» / М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, О.Є. Кітура [та ін.] // Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів медичних освітніх закладів: Матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю (м. Полтава, 23 березня 2017 р.). – Полтава, 2017. – С. 126-127.
 12. Скробач Н.В. Шляхи підвищення якісного рівня знань / Н.В. Скробач, О.А. Шаповал, В.О. Петрина [та ін.] // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 50-54.
 13. Тутченко М.І. Симуляційні технології в навчанні студентів-медиків практичним навичкам / Тутченко М.І., Сусак Я.М. // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». – 2013. – Т.13, вип. 1(41). – С.326-327.
 14. McLeod R. Science, medicine, and the future / Rory McLeod, Robert Stone // BMJ. – 2001. – V. 323.
 15. Zhdan V.M. Implementation of main interactive teaching methods in training of medical specialist / V.M. Zhdan, Ye.M. Kitura, M.Yu. Babanina, M.V. Tkachenko, H.V. Volchenko, L.M. Shylkina, [et. al.] // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.68-71.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА (СІМЕЙНА МЕДИЦИНА) НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ НА КАФЕДРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ФПО ДЗ «ДМА»

Проблема якості підготовки лікаря загальної практики-сімейного лікаря вже протягом десятиліть залишається однією з основних у медичній освіті в Україні [1]. Всі медичні ВУЗи мають кафедри та курси сімейної медицини, цінність та важливість яких в сучасних умовах не викликає сумнівів, оскільки саме сімейна медицина є основною ланкою забезпечення та контролю за станом здоров'я. Триваюча реформа системи охорони здоров'я нерозривно пов'язана з реформою медичної освіти.

Основними принципами роботи лікаря загальної практики - сімейного лікаря є тривалість і безперервність спостереження за здоров'ям пацієнтів, багатопрофільність первинної медичної допомоги, ставлення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування, профілактика як основа діяльності, економічна ефективність, доцільність та координація медичної допомоги [1].

Формуванням цих засад у свідомості майбутніх лікарів і має займатися кафедра, яка викладає сімейну медицину на додипломному етапі з метою вчасно підготувати студентів до повноцінної роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я [2].

У ДЗ «ДМА» з 1997 року функціонує кафедра сімейної медицини. Маючи значний досвід роботи, одним з інтегральних завдань кафедри є створення умов для досягнення лікарями того рівня професійної компетентності, який дозволить їм забезпечити якісне надання медичної допомоги всім членам родини в повсякденній лікарській практиці [3].

Співробітники кафедри сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА» проводять післядипломну підготовку лікарів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» та додипломну підготовку студентів 6 курсу.

Згідно з робочою програмою дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина)» для студентів метою підготовки є набуття ними

знань та умінь з надання багатопрофільної медичної допомоги населенню незалежно від віку і статі пацієнтів. Передбачено, що дисципліна ґрунтується на попередньому вивченні студентами таких навчальних дисциплін як внутрішня медицина, інфекційні захворювання, епідеміологія, педіатрія, ендокринологія, неврологія, онкологія, хірургія, офтальмологія, оториноларингологія, дерматологія, клінічна імунологія, фармакологія, інтенсивна терапія, соціальна медицина та охорона здоров'я, гігієна та екологія, біостатистика, інформатика, етика та деонтологія та інших морфологічних дисциплін і інтегрується з ними. Крім того, дисципліна передбачає формування умінь застосовувати отримані знання у процесі подальшого навчання та у професійній діяльності, має формувати стійкі переконання у потребі здорового способу життя та профілактики основних хвороб у дітей, підлітків, дорослих осіб працездатного та літнього віку.

Незважаючи на те, що загальна практика потребує від лікаря величезної кількості накопичених медичних знань, підготовка його як на після-, так і на додипломному етапі повинна передбачати не ліквідацію можливих прогалин у попередньо отриманих теоретичних та практичних знаннях, а їх синтез, оскільки загально-практична медицина являє собою не суму знань, а систему знань. Другим найважливішим аспектом навчання є формування есенціальної для цієї спеціальності навички спілкування з пацієнтом.

З урахуванням складнощів даної дисципліни кафедра сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА» удосконалила робочу програму підготовки студентів 6 курсу з циклу, яка відображає характер і зміст роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Робоча програма розрахована на 3 кредити і складається з двох змістовних модулів: Змістовний Модуль 1 - «Організаційні аспекти системи первинної медичної допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної медицини в системі охорони здоров'я» (30 годин) та Змістовний Модуль 2 - «Клінічні аспекти надання первинної медичної допомоги на принципах сімейної медицини» (60 годин). Тривалість циклу складає 8 днів.

В перший день циклу студенти вивчають питання організації та зміст роботи лікаря загальної практики - сімейного лікаря (ЗПСЛ) в

сучасних умовах фінансування системи охорони здоров'я, порядок надання первинної медичної допомоги. Студенти мають бути ознайомленими з основами інформаційного забезпечення закладів первинної медичної допомоги, електронною системою охорони здоров'я, можливостями телемедицини в загальнолікарській практиці. Всі теоретичні питання розглядаються під час проведення семінарських занять.

Практична частина занять присвячена діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря з огляду на шість його основних компетенцій, серед яких першою є пацієнт-орієнтованість у наданні медичної допомоги. Ця компетенція передбачає, перш за все, вміння встановлювати контакт та взаємовідносини в системі «лікар-пацієнт». Студенти набувають навички холістичного (цілісного) підходу до пацієнтів з урахуванням не тільки медичних, але й психологічних, соціальних, сімейних та культурних аспектів стану їх здоров'я. Оволодіння цими навичками забезпечується виключно роботою з пацієнтом на клінічній базі під час практичного заняття. Важливою частиною заняття є також набуття студентами навичку класифікації станів, що найчастіше зустрічаються в загальнолікарській практиці. Використання ICPC-2 - класифікації, розробленої Всесвітньою організацією сімейних лікарів WONCA та прийнятою нашою державою, призначене саме для первинної ланки медичної допомоги з метою ефективного ведення пацієнтів. Відпрацювання класифікаційного підходу до кожного лікарського випадку з визначенням коду причини звернення, діагнозу та процесу проводиться у процесі роботи студента з пацієнтом та ситуаційними задачами.

Другий день занять присвячений одному з основних напрямків діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря - профілактиці неінфекційних захворювань та інфекційних захворювань. У рамках неінфекційних захворювань студенти оволодівають алгоритмами проведення заходів профілактики в пріоритетних сферах медицини (кардіоваскулярна і метаболічна патологія, хронічні бронхолегеневі захворювання), працюючи з пацієнтами та клінічними задачами. Студенти відпрацьовують такі навички профілактики неінфекційних захворювань, як виявлення факторів ризику, визначення загального

ризик розвитку кардіоваскулярних захворювань і їх ускладнень, вибір втручань, спрямованих на зменшення загального ризику (впровадження засад здорового способу життя, контроль факторів ризику). Друга частина заняття присвячена профілактиці інфекційних захворювань. Студенти самостійно формують календарі щеплень дітей за запропонованими клінічними задачами.

Третій день циклу присвячений питанням скринінгу в первинній допомозі, заснованому на доказах (evidence-based medicine). Важливість проведення скринінгу в загальній лікарській практиці обумовлена його спрямованістю на виявлення патології у клінічно безсимптомних осіб в популяції з метою ранньої діагностики та більш ефективного лікування пацієнтів. Студенти відпрацьовують розробку програм скринінгу для різних груп пацієнтів на практичному занятті.

В рамках змістовного модулю 2 розглядаються клінічні проблеми в різних популяційних групах. Тому четвертий день розпочинається з інтегрованого підходу до оцінки здоров'я дітей, ранньої діагностики станів, що можуть загрожувати їх життю, веденню дітей на амбулаторному етапі, перш за все, при захворюваннях, що визначають смертність і захворюваність в дитячому віці. Огляди дітей і вирішення великої кількості клінічних ситуацій забезпечують базові навички роботи з дитячим населенням на амбулаторному етапі. В основу роботи в цей день на циклі покладена стратегія «Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку».

Беручи до уваги, що лікарі загальної практики - сімейні лікарі працюють за синдромальним принципом, ще один день виділено для розгляду організації медичної допомоги у відповідності до компетенцій лікаря ЗПСЛ і маршрутизації пацієнта при найбільш розповсюджених синдромах. Всі синдроми розглядаються за схемою, що дозволяє сформулювати алгоритм дій при роботі з пацієнтом з означеним синдромом, скарги, червоні прапорці, диференціальна діагностика, тактика лікаря ЗПСЛ, вибір маршруту пацієнта, принципи лікування.

Обстеження пацієнта та його консультування в загальній лікарській практиці мають свої особливості і тому один день циклу присвячений відпрацюванню практичних навичок на обладнанні амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Студенти 6 курсу

беруть участь в практичній організації робочого місця лікаря загальної практики з використанням належного обладнання, роботі на цьому обладнанні. Центральне місце на цьому занятті посідає відпрацювання системної оцінки пацієнта з визначенням його фізичного, неврологічного, психічного статусу, проведення йому отоскопії, офтальмоскопії, ЕКГ-діагностики.

Одним з найважливіших практичних навичок лікаря загальної практики- сімейного лікаря є надання невідкладної допомоги. Цю тему відпрацьовують відповідно до клінічних настанов надання невідкладної допомоги при найбільш розповсюджених станах, що потребують її. Крім того, в цей день студенти відпрацьовують серцево-легеневу реанімацію на манекенах дитини та дорослої людини.

В останній, восьмий, день студенти опрацьовують тему: «Паліативна медична допомога сімейним лікарем і принципи надання реабілітаційної допомоги». Організація паліативної допомоги є важливим, складним та необхідним напрямком роботи лікаря загальної практики.

Такий комплексний підхід з охопленням всіх сфер роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря дозволяє студентам 6 курсу, що навчаються за спеціальністю «Медицина», сформуванню чіткого уявлення про функції лікарів первинної ланки та їх місце в системі охорони здоров'я, оскільки програма дисципліни і розклад занять відображають унікальні риси, що притаманні загально-практичній медицині.

Література:

1. Кіт З.М. Оптимізація викладання сімейної медицини студентам 6 курсу на профільній кафедрі з позицій кредитно-модульної системи. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2015. Том 15, Випуск 4(52). с. 298-301.
2. Бабінець Л.С., Боровик І.О., Боцюк Н.Є., Воронцов О.О., Мігенько Б.О., Рябоконт С.С., Стародуб Є.М., Творко В.М., Ясній О.Р. Успіхи і проблеми викладання сімейної медицини на додипломному рівні: досвід Тернопільського державного медичного університету. Семейная медицина №4 (48), 2013. с. 28-30.
3. Гайдук О.І., Височина І.Л., Башкірова Н.С. Актуальність засвоєння уніфікованого протоколу «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» лікарями загальної практики- сімейними лікарями. Матеріали

XIV Всеукраїнської науково - практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60 - річчю ТДМУ "Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні" (з дистанційним під'єднанням ВМ (Ф) НЗ України за допомогою відеоконференції - зв'язку), 18 -19 травня 2017 року м.Тернопіль; Тернопіль, ТДМУ, «Укрмедкнига», 2017, Том.2. с.219 -220.

УДК 378.147:616-05

*Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М.,
Ткаченко М.В., Шилкіна Л.М., Кур'ян О.А.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Мета – визначити доцільність впровадження симуляційних технологій у навчальний процес лікарів-інтернів та лікарів-курсантів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

Матеріали та методи. У статті представлено досвід застосування системи Body Interact – clinical reasoning education, освітньої програми віртуальних клінічних сценаріїв на кафедрі сімейної медицини і терапії, яка дає можливість у реальному режимі часу відтворити певну клінічну ситуацію з усім необхідним сучасним набором об'єктивних, лабораторних та інструментальних методів обстеження і провести лікування відповідно до сучасних протоколів європейських та американських медичних асоціацій.

Результати. Симуляційні технології навчання реалізують більш ефективну практичну підготовку лікарів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина», покращуючи в 2-3 рази результативність навчання.

Висновки. Використання інтерактивних технологій, зокрема «Віртуального пацієнта», у професійній підготовці сімейних лікарів дає можливість розв'язання проблемних ситуацій за допомогою ефективних дій, інтуїції, навчання, сприяє розвитку комунікативних навичок.

Ключові слова: «віртуальний пацієнт», симуляційні технології, освіта.

Вступ. Серед пріоритетних напрямів розвитку освіти в Україні з врахуванням міжнародних тенденцій визначено: підвищення якості освітніх послуг, забезпечення рівного доступу до якісної освіти на всіх рівнях, підвищення конкурентоспроможності національної системи освіти та її інтеграцію в єдиний європейський освітній простір. Також і система вищої медичної освіти вимагає нових підходів до підготовки висококваліфікованих працівників та осмислення педагогічного процесу у ВНЗ [5].

Необхідність переходу від традиційних до інноваційних технологій обумовлена тим, що сформована система освіти не орієнтована на активізацію особистісних особливостей тих, яких навчають, а навчальний процес по суті є монологічним. Саме тому застосування активних методів навчання, таких, як тренінги, дискусії, ігри, симуляційні технології, тощо, повинно бути не практичним додатком до теоретичних питань, а навпаки, служити відправною точкою, від якої відштовхуються і викладач, і слухачі в процесі навчання, що є спільною діяльністю за рішенням тих чи інших проблем, у тому числі спрямованих на особистісний розвиток учасників навчального процесу. Отже, змінюється і позиція викладача: він не стоїть зверхньо над тими, кого навчає, а стає учасником спільної роботи [7].

Сьогодні у більшості країн світу під час підготовки медичних фахівців застосовують симуляційні технології (СТ), які є новим напрямом підготовки висококваліфікованих медичних кадрів [8]. Діапазон методик, що об'єднують поняттям СТ, дуже широкий: це і різноманітні тренажери, де відпрацьовуються практичні навички з високим рівнем реалістичності, і комп'ютерні та віртуальні моделі для удосконалення алгоритмів дій із різними клінічними ситуаціями [6].

Body Interact є новітнім інструментом імітаційного моделювання, що призначений для використання у вищих медичних навчальних закладах та медичних коледжах для вирішення задач та клінічного обґрунтування шляхом використання віртуальних пацієнтів. «Віртуальний пацієнт» - це інноваційна інтерактивна технологія навчання, що дозволяє за допомогою комп'ютерної моделі реальної клінічної ситуації повноцінно зануритися в діагностичний і

лікувальний процес, приймати самостійні рішення з тактики діагностики і лікування, бачити і усвідомлювати наслідки тих чи інших своїх рішень, не порушуючи при цьому прав та безпеки пацієнта. Безумовними перевагами даної технології є також стимулювання інтересу до самостійного вивчення матеріалу, наочність, можливість «взяти паузу» в процесі роботи з пацієнтом і отримати необхідну довідкову інформацію.

Мета – визначити доцільність впровадження симуляційних технологій у навчальний процес лікарів-інтернів та лікарів-курсантів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

Матеріали та методи. Сьогодні на кафедрі сімейної медицини і терапії за участю викладачів кафедри проходять навчання лікарі-інтерни та лікарі-курсанти з фахів загальна практика – сімейна медицина, внутрішні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, педіатрія, ендокринологія. Для них є доступними 20 клінічних сценаріїв з різними нозологіями, які вони опрацьовують. Такі нововведення в підготовку фахівців значно покращують як теоретичний рівень знань лікарів, так і оволодіння практичними навичками, а загалом сприяють підвищенню якості підготовки. Все так як у реальному житті: об'єднання всіх ресурсів та даних разом в динамічній фізіологічній моделі із десятками вбудованих станів та порушень здоров'я, лабораторних аналізів, діагностичних візуалізацій, шкали оцінки, втручання та лікування, поряд з високоефективними інструментами для підбиття підсумків. База доступних для навчання сценаріїв постійно оновлюється, забезпечуючи викладачів великою бібліотекою попередньо налаштованих клінічних сценаріїв із оновленими клінічними протоколами, Body Interact пропонує інтуїтивно зрозумілий інструмент для створення спеціальних сценаріїв, тим самим дає можливість розширити знання лікарів та збагатити їхній досвід. З метою покращення якості навчання для кожного окремого слухача або цілої групи на візуальну інформаційну панель виводиться детальний аналіз, що включає метрику дій та інтуїтивно зрозумілий інтерфейс, який значно полегшує налаштування та запуск об'єктивно структурованих клінічних іспитів.

Результати. Система професійної медичної освіти повинна швидко реагувати на безперервні зміни в науці, зростаючі вимоги до індивідуальних та професійних якостей фахівця і своєчасно вносити необхідні зміни в організацію навчального процесу. Особливістю практичних занять на клінічних дисциплінах є класичний підхід: заняття має будуватись навколо реального пацієнта, що навчає слухачів клінічно мислити, оцінювати результати отриманих даних та індивідуально призначати лікування. Якість освіти залежить від повноцінності отримуваних знань, відповідних професійним вимогам. З цієї точки зору необхідна своєчасна корекція викладачем структури заняття [1,4].

Реорганізація навчального процесу в університеті вимагає удосконалення методики проведення практичного клінічного заняття із забезпеченням якісними методичними та наочними засобами навчання, організації самостійної клінічної роботи слухача, зменшення кількості слухачів на одного викладача, особливо при вивченні клінічних дисциплін тощо. Використання симуляційних технологій, як одного з методів реорганізації навчального процесу, сприяє оптимізації оволодінню практичними навичками та підвищує інтерес сімейних лікарів до професії [3].

Навчання клінічних умінь із використанням манекенів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів під наглядом викладача надає можливість лікарям-інтернам та лікарям-курсантам припускатися помилок у безпечному середовищі, що покращує опанування ними клінічних умінь. На симуляційному тренінгу пріоритетом є саме виконання навчального завдання, у процесі якого допускається негативний результат медичної допомоги, щоб той, хто навчається, відчув усю міру своєї відповідальності, але при цьому не отримав психологічної травми, яка можлива, якщо таке трапиться із справжнім пацієнтом. Симуляційне навчання виключає страх і психотравматичну компоненту від негативного результату першого досвіду стажиста, що значно покращує засвоєння навчального матеріалу.

Водночас ми, звичайно, дуже добре розуміємо, що симуляційне навчання все ж не є панацеєю в жодному разі не зможе повністю замінити навчання «біля ліжка хворого» – обидві технології в

сучасному освітньому процесі повинні органічно доповнювати одна одну.

Симуляційні технології навчання реалізують більш ефективну практичну підготовку лікарів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина», покращуючи в 2-3 рази результативність навчання.

Висновки. Таким чином, використання симуляційних технологій орієнтує лікаря на командну працю, вміння враховувати точку зору іншого спеціаліста, сприяє розвитку комунікативних навичок, формуванню інтелектуальної самостійності та професіоналізму.

Використання інтерактивних технологій, зокрема «Віртуального пацієнта», у професійній підготовці сімейних лікарів дає можливість розв'язання проблемних ситуацій за допомогою ефективних дій, інтуїції, навчання, стимулювання самонавчання, повного розкриття потенціалу та підвищення мотивації особистості, формування навичок поведінки у критичних ситуаціях, уміння збагачувати діяльність новими способами виконання, розвитку професійної гнучкості й мобільності, прийняття кінцевого рішення, одержання насолоди від самої діяльності, а не тільки від її результатів [2].

Список літератури

1. Булавенко О. В. Досвід застосування симуляційних технологій у навчальному процесі спеціалізованого акушерсько-гінекологічного кластера на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова / О.В. Булавенко, Д.Г. Конькова, І.Л. Кукуруза // Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах : тези доповідей навч.-метод. конф., Вінниця, 26 лютого 2014 р. – Вінниця, 2014. – С. 18-19.
2. Гевкалюк Н.О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці лікарів-стоматологів дитячих / Н.О. Гевкалюк // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 16-18.
3. Гусєв В.М. Шляхи оптимізації додипломного навчання на кафедрі акушерства і гінекології / В.М. Гусєв, В.М. Астахов, Є.М. Шевченко // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 19-21.
4. Загальні проблеми та перспективи застосування симуляційних методів освіти / В.М. Лісовий, В.А. Капустник, В.Д. Марковський, І.В. Завгородній // Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів : матеріали І навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ, Харків, 30 листопада 2016 р. – Харків, 2016. – С. 3–7.

5. Подковко Х.В. Інноваційні освітні технології у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах: перешкоди та перспективи впровадження / Х.В. Подковко // Вісник. Серія "Педагогічні науки". – 2016. – №140. – С. 61-64.
6. Тутченко М.І. Симуляційні технології в навчанні студентів-медиків практичним навичкам / Тутченко М.І., Сусак Я.М. // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». – 2013. – Т.13, вип. 1(41). – С.326-327.
7. Шляхи підвищення якісного рівня знань / Н.В. Скробач, О.А. Шаповал, В.О. Петрина [та ін.] // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С. 50-54.
8. McLeod R. Science, medicine, and the future / Rory McLeod, Robert Stone // BMJ. – 2001. – V. 323.

*Висоцька О.І., Виноградова Г.М.,
Головчанський О.М., Мешкова О.М.,
Висоцький В.І., Бакуліна А.А.,
Бик В.І., Сковронська А.В.*

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ФОРМАТ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Вступ. В Україні щороку понад 12 млн. осіб звертаються за наданням екстреної медичної допомоги, ще понад 2 млн. осіб отримують екстрену медичну допомогу амбулаторно, а також 1 млн. осіб щороку госпіталізуються. Травми та отруєння займають 3-є місце серед причин смертності населення та 1-е місце серед населення працездатного віку. Вагоме значення у вдосконаленні організації надання допомоги при масових випадках має реформа охорони здоров'я, яка відбувається у державі, Закон України "Про екстрену медичну допомогу", наказ №398 від 16.06.2014 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» та інші нормативно-правові акти, що регламентують порядок надання двохетапної екстреної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах. Тому в контексті нових викликів зростає необхідність ґрунтовної підготовки медичних кадрів всіх закладів охорони здоров'я з питань основ реаніматології,

діагностики і невідкладної допомоги при невідкладних станах в клініці внутрішніх хвороб, травмах опорно-рухового апарату, гострих екзогенних отруєннях. Відомо, що підтримка компетенцій спеціаліста на високому рівні визначається рівнем безперервного професійного розвитку лікарів. Відповідно до Наказу МОЗ України від 22.02.2019 р. №446 «Про деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», на сьогоднішній день спеціалісти мають широку варіабельність у напрямках підвищення кваліфікації, можливість обирати формат підвищення кваліфікації, брати участь в очній, дистанційній і змішаній (денно-дистанційній) формах як в Україні, так і за її межами. Все це підвищує конкурентність серед провайдерів сучасної освіти і потребує використання нових інноваційних підходів з використанням сучасних освітніх комп'ютерних технологій. Інтернет став світовим явищем, невід'ємною частиною нашого життя та можливістю дистанційного спілкування і навчання без обмежень навіть у кризових ситуаціях (зокрема, в умовах пандемії COVID-19). Використання досягнень інтернет -технологій надає можливість отримувати освіту без відриву від виробництва, економія ресурсів та часу, можливість навчатися у зручному форматі, вдосконалювати професійну майстерність чи набувати нових знань і навичок тощо. До того ж забезпечення якісної освіти та підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності обумовлює затребуваність та популярність саме дистанційної освіти. Це пов'язано з тими можливостями, що їх надає дистанційна форма навчання: Актуальність впровадження та розвитку дистанційної освіти в Україні обумовлена такою причиною як зростання значення висококваліфікованих трудових ресурсів для економічного розвитку держави. Однією з найважливіших умов цього процесу є надання якісної освіти та забезпечення підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності і один із варіантів – саме якісна дистанційна освіта.

Мета. Метою роботи є аналіз ефективності використання якісних освітніх платформ і інноваційних форматів безперервної професійної освіти на прикладі циклу тематичного удосконалення лікарів/підвищення кваліфікації викладачів «Основи надання невідкладної

медичної допомоги на до госпітальному етапі та при надзвичайних ситуаціях».

Матеріали та методи. З метою здійснення дослідження були використані теоретичні й емпіричні методи. Так, було проаналізовано нормативно-правові документи, що стосуються безперервного професійного розвитку лікарів, публікації з проблеми у фахових джерелах, а також було здійснено опитування спеціалістів перинної та вторинної ланки надання медичної допомоги з метою визначення рівня вмотивованості, потреб у професійному зростанні та технічних можливостей і компетентностей. На основі цих матеріалів була створена програма і навчальний план тематичного удосконалення лікарів/ підвищення кваліфікації викладачів на 78 учбових годин «Основи надання невідкладної медичної допомоги на до госпітальному етапі та при надзвичайних ситуаціях» змішана денно-дистанційна форма навчання, яка розроблена для сучасної системи безперервного професійного розвитку лікарів України. Навчальна програма складена за модульним принципом, орієнтуючись на вимоги "Рекомендацій щодо розроблення навчальних програм навчальних дисциплін", затверджених наказом МОЗ України від 24.03.2004 р. №152; зміни та доповнення, внесені наказом МОЗ України від 12.10.2004 р. №92, керуючись наказом МОЗ України від 07.07.2009 р. №484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах», а також наказом №446 від 22.02.2019 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». Дослідження проводилося на базі Навчально-наукового центру – Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (далі ННЦ- УТЦСМ) під час навчання слухачів на циклі тематичного удосконалення «Основи надання невідкладної медичної допомоги на до госпітальному етапі та при надзвичайних ситуаціях» за змішаною (денно-дистанційній) формою впродовж 2020 року з використанням аналізу результатів анкетування слухачів та оцінки вхідного та вихідного рівнів знань. Програма ТУ зі змішаною формою навчання була структурована за програмою 78 навчальних годин, в форматі 8 модулів, розрахована на навчання впродовж 4 тижнів. Учасники курсу повинні були переглядати усі заздалегідь записані щотижневі

лекції, прочитати необхідну літературу і виконати вправи, а також брати участь в обговоренні, розміщуючи свої повідомлення в дискусійному форумі. Цей курс був повністю забезпечений онлайн через систему управління освітньою платформою Canvas. Заняття проходили в асинхронному режимі, коли взаємодія між суб'єктами дистанційного навчання, під час якої учасники взаємодіють між собою проходить із затримкою у часі. Основними видами навчальних занять за дистанційною формою навчання були: лекції, семінари, практичні заняття. При цьому до слухачів були висунути наступні вимоги: ознайомитися зі вступним модулем (огляд курсу, технічні вимоги та підтримка, програма курсу) і виконати усі підготовчі дії; переглянути усі попередньо записані щотижневі лекції; прочитати усю необхідну літературу, виконати вправи і завдання; брати участь в обговореннях на форумі курсу. Для успішного завершення курсу також необхідно було виконати щотижневі контрольні завдання і заключну оцінку курсу. Технічні вимоги для проведення дистанційної частини навчання, зокрема до комп'ютера, Інтернету, операційної системи і браузера було викладено на веб-сайті курсу. Якщо слухачам була потрібна технічна допомога в будь-який час протягом курсу або для повідомлення про проблеми з курсом Canvas, слухачі могли звернутися на форум в розділі «Обговорення» цього онлайн-курсу, або надіслати повідомлення на вказану електронну адресу. Також слухачі використовували Canvas якомога більше для спілкування з координатором та фасилітаторами курсу і відправляли по електронній пошті повідомлення своєму фасилітатору використовуючи функції в Canvas. Щотижневі запитання для обговорення на дискусійному форумі дозволяли слухачам поміркувати над однією темою і щось дізнатися від інших учасників курсу, розміщувати відповідь на запитання на форумі щотижня. За кожен пост надавався один бал на тиждень. Контрольні заходи здійснювалися шляхом виконання щотижневого післямодульного контрольного завдання, яке включало від п'яти до десяти запитань. Учасник курсу повинен був здати його до неділі кожного тижня. За кожне контрольне завдання надавалося 2 бали. Воно є перевіркою знань з теми, розглянутої у відповідному модулі. Усі матеріали для читання в цьому курсі надавалися у форматі PDF, або надавалися посилання на онлайн-джерела.

Активність участі учасника курсу визначалася у вигляді балів різними критеріями. Оцінювалися щотижневі пости на дискусійному форумі, модульні контрольні завдання, фінальне завдання. відповіді на запитання щомодульного опитувальника Проводилося післятестове тестування контролю знань та заповнення слухачами форми фінальної оцінки курсу. В разі проведення денної частини змішаної (денної та дистанційної) форми навчання, для якої обов'язковим є проведення очного заняття практичної спрямованості, наприклад, майстер класу з демонстрації якоїсь практичної навички. Під час заняття викладач проводить презентацію на вибрану тему, описує алгоритми виконання процедури, демонструє це виконання та надає інформацію щодо інтерпретації результату виконання практичної навички. Після цього слухачі демонстрували засвоєні навички.

Екзаменаційна комісія проводила підсумки практичних і теоретичних завдань і оцінювала активність участі слухача курсу за результатами поточного та підсумкового модульного контролів. Після завершення дистанційної форми навчання при умові набрання учасником мінімально необхідної кількості балів (75 балів від максимально можливих 100 балів) після того, як координатор та фасилітатор курсу підтверджували виконання ними усіх вимог і проведення заключного письмового тестування, слухачам видавалося посвідчення встановленого МОЗ України зразку та нараховувалося 50 балів, відповідно до критеріїв нарахування балів безперервного професійного розвитку (додаток 5 до Порядку проведення атестації лікарів - пункт 1 розділу V, Наказу №446 від 22.02 2019 року «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»)

Результати. У ході навчального циклу командою викладачів ННЦ-УТЦСМ було опрацьовано результати перед курсового анкетування слухачів, включаючи запитання щодо очікувань. Аналіз даних результатів до курсового та після курсового тестування показав, що рівень знань слухачів з питань надання невідкладної медичної допомоги на до госпітальному етапі та при надзвичайних ситуаціях підвищився з 43% до 87%. З них 66% курсантів були дуже задоволені, 24% задоволені а 10% частково задоволені запропонованим форматом викладання. Важливо, що 92% слухачів планують використовувати отриманні знання та навички у своїй

повсякденній практичній діяльності. Всі слухачі оцінили організацію дистанційного циклу підвищення кваліфікації на вищевказану тематику на відмінно. А також всі слухачі зазначили, що повністю реалізували свої очікування від навчання. Серед основних недоліків були визначені наступні : по-перше, відсутність або обмежений доступ до технічного оснащення для освоювання дистанційного формату, що, у свою чергу, знижувало мотиваційну складову слухачів до навчання. По-друге, більшість з опитаних слухачів мали проблеми до доступу на платформу через застаріле програмне забезпечення, що свідчить про те, що раніше у більшості не виникало потреби у залученні до дистанційного навчання.

Висновки. Результати дослідження підтверджують актуальність і перспективність запровадження системи безперервної системи професійного розвитку у вигляді змішаної (денно-дистанційної) та дистанційної форм з використанням сучасної методологічної, наукової та теоретичної бази і потребує подальшого розвитку задля реалізації на практиці відповідно до сучасних потреб і викликів. Сучасні освітні платформи, що спрямовані на розвиток фахових компетентностей, передбачають активну розробку та запровадження викладеного матеріалу з огляду на провідні тенденції та технології. Кожен спеціаліст може підвищити рівень сформованості власних практичних і теоретичних навичок завдяки циклам тематичного удосконалення, що адаптовані та розроблені відповідно до державних і міжнародних стандартів і рекомендацій. Під час запровадження системи безперервної системи професійного розвитку важливо зберігати наступні принципи: всебічність охоплення фахових напрямків для підвищення кваліфікації, доступність до всіх можливих форм освітніх заходів, мотиваційне заохочення спеціалістів. На даний момент, переорієнтація від традиційної освіти на дистанційну форму надання освітніх послуг є невід'ємною складовою підвищення кваліфікації спеціалістів. Це, безперечно, полегшує фахівцям доступ до навчання і має підвищувати мотиваційну складову їх професіонального розвитку. Слід зазначити, що впровадження системи безперервного професійного розвитку також вмотивувало освітні заклади до створення якісних освітніх платформ. Враховуючи це, починаючи з 2015 року, на базі ННЦ-УТЦСМ регулярно

розробляються та запроваджуються цикли тематичного удосконалення у змішаній (денно-дистанційній) і дистанційній формах різної тематики з використанням сучасної методологічної, наукової та теоретичної бази. Крім того, щорічно протягом останніх 5 років більше 600 курсантів мають можливість проходити цикли тематичного удосконалення у різних формах викладання. Вищезазначений цикл тематичного удосконалення лікарів/повторного підвищення кваліфікації викладачів «Основи надання невідкладної медичної допомоги на до госпітальному етапі та при надзвичайних ситуаціях.» був розроблений й адаптований до його викладання як у очній, так і дистанційній формі. Це дало можливість залучити фахівців різного профілю та з усіх регіонів України. Адаптація практичних і теоретичних матеріалів до викладання їх у дистанційній формі формує вагоме підґрунтя для успішного підвищення кваліфікації спеціалістів. В процесі дистанційного навчання враховуються вимоги компетентнісного підходу та науково обґрунтувати умови, що дозволяють формувати професійну компетентність фахівця як визначену інтегральну якість особистості.

Список літератури

1. Нуржинська, А. В. (2018). Професійна підготовка майбутніх фахівців зі зв'язків з громадськістю в умовах дистанційної форми навчання. (Автореф. дис. канд. пед. наук). Київський університет імені Бориса Грінченка, Київ.
2. Марина Мясковська Ірина Кобилянська ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ В КОНТЕКСТІ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ Педагогіка безпеки. 2019 №1. [https://pedbezpeka.vntu.edu.ua > article > download](https://pedbezpeka.vntu.edu.ua/article/download)
3. Огляд становлення системи безперервного професійного розвитку лікарів: проблеми та виклики сьогодення»/Висоцька О. І., Виноградова Г.М., Мешкова О.М., Висоцький В.І., Бакуліна А.А., Бик В.І.// Сучасні виклики і актуальні проблеми науки, освіти та виробництва: міжгалузеві диспути /Матеріали IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (Київ, 15 травня 2020 року), С. 128-135

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Вступ. Основними напрямками удосконалення навчального процесу в сучасних умовах є впровадження дистанційного навчання. Підготовка лікарів-інтернів - це перший крок до самостійної роботи лікаря, тому важливо саме на цьому етапі навчання направляти зусилля молодого спеціаліста до самореалізації та досконалості [1]. Традиційні методи навчання лікарів-інтернів, в першу чергу, спрямовані на придбання та поглиблення знань шляхом передачі інформації з подальшим її втіленням в конкретних професійних діях по готовому алгоритму, але дана методологія навчання не сприяє розвитку самостійної пізнавальної діяльності [2].

Дистанційне навчання при підготовці лікарів-інтернів – це інноваційна організація навчального процесу, яка базується на принципі самостійного навчання лікаря та інтерактивній взаємодії викладача та інтерна [3].

Результативність дистанційного навчання на післядипломному етапі освіти лікарів у вирішальній мірі залежить від наступних факторів: ефективної взаємодії викладача та лікаря-інтерна; налагодженої активного зворотного зв'язку; якості попереднього проектування процесу дистанційної освіти та способів управління ним; розроблених дидактичних матеріалів [5].

Мета дослідження. Визначити особливості дистанційного навчання при підготовці лікарів-інтернів з метою його подальшого удосконалення.

Матеріали і методи дослідження. З 2013 року на кафедрі внутрішньої медицини №3 та ендокринології Харківського національного медичного університету (ХНМУ) працює сайт (<http://vnmed3.kharkiv.ua/>) [4]. Протягом декілька років викладачі кафедри використовували у комплексному навчальному процесі електронну систему «moodle» для дистанційного навчання, яка дозволяє ефективно доповнювати проведення традиційних занять. Всі навчальні матеріали на сайті адаптовані під відображення інформації на різноманітних пристроях, в тому числі на телефонах, планшетах і

це робить навчання більш мобільним. Структура інформаційно-освітнього сайту кафедри поєднує в собі: розклад, новинну стрічку, електронну бібліотеку публікацій, сервіс для проведення вебінарів, медіатеку, засоби мережевого тестування і контролю знань, кейс-технології, інтерактивні навчальні системи, каталог освітніх матеріалів, систему доступу до зовнішніх медичних веб-ресурсів (посилання), медичні он-лайн калькулятори та систему дистанційного навчання. На сайті представлені матеріали, які дають можливість вивчати розділи з внутрішніх хвороб такі як: кардіологія, ендокринологія, ревматологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія та інші.

Результати й обговорення. У зв'язку з розвитком загальноосвітньої пандемії, коли всі заклади освіти були змушені перейти на дистанційне навчання, для кафедри внутрішньої медицини №3 та ендокринології – це був процес достатньо звичний.

Колектив кафедри мав певний досвід у проведенні лекцій, практичних та семінарських занять за допомогою дистанційного навчання. За допомогою створених на кафедральному сайті кейсів, лікарі-інтерни удосконалюють свої теоретичні та практичні навички, що є актуальним під час карантину. Наприкінці проведення практичного або семінарського заняття кожен лікар-інтерн має пройти тестування та контроль знань, за допомогою тестів, які представлені на сайті кафедри до кожного заняття. Тестові завдання представлені з можливістю розсилки результатів на електронну пошту. Інтерактивні навчальні системи на сайті кафедри представлені дистанційними курсами з можливістю послідовного освоєння матеріалу за темами всередині курсу та з проведенням контрольного тестування всередині курсу після кожної теми.

Важливим у підготовці до практичних занять є формування навичок самостійної роботи лікарів-інтернів, а також стимулювання творчого підходу до навчання, що сприяє більш активному залученню лікарів-інтернів до процесу навчання. Такі інтерактивні можливості систем доставки інформації дозволяють налагодити та стимулювати зворотний зв'язок, які забезпечують діалог.

Висновки. Таким чином, дистанційне навчання при підготовці лікарів-інтернів створює можливість для самостійної цілеспрямованої

роботи з використанням сучасних інформаційних технологій, ефективність якої залежить від методологічно грамотно структурованого викладачем процесу та інформаційно-комунікаційних можливостей вищого навчального закладу. Впровадження дистанційного навчання в навчальний процес лікарів-інтернів дозволяє підвищити якість освіти, а також дає переваги для безперервного професійного розвитку.

Список використаної літератури.

1. Андреев А.В. Практика электронного обучения с использованием Moodle / А.В. Андреев, С.В. Андреева, И.Б. Доценко. - Таганрог: Изд-во.ТТИ ЮФУ. – 2008. – 146 с.
2. Ващенко В.Ю. Дистанционная форма обучения. История. Проблемы. Перспективы развития. [Електронний ресурс] / В.Ю. Ващенко, В.А. Скляр, К.О. Козяков // Віс-ник Східноукраїнського національного університету імені В. Даля. — Електронне наукове фахове видання. — 2009. — №6Е. — Режим доступу до журн.: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/vsunud/2009-6E/Index.htm>.
3. Журавлева Л.В. Информационно-образовательное пространство в работе клинической кафедры в контексте реализации непрерывного медицинского образования: метод. реком./ сост. Л.В. Журавлева, Н.А. Лопина. - Харьков: ХНМУ, 2015. - 36 с.
4. Кухаренко В.М. Розвиток дистанційного навчання на сучасному етапі. - Науковий вістник Національної академії статистики, обліку та аудиту. Зб. наук. праць – №2. – 2012. – с. 117 –121.
5. Малкина Е.В. Внедрение технологий дистанционного обучения через программу повышения квалификации преподавателей / Е.В. Малкина, В.И. Швецов, Е.И. Соколова //Нижегородское образование. – 2012. – №3. – С. 68- 73.

Корж О.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Світовий процес переходу до інформаційного суспільства, а також економічні, політичні та соціальні зміни, що його супроводжують, прискорюють реформування системи освіти.

Передусім це стосується забезпечення доступу до освітньої і професійної підготовки всіх, хто має необхідні здібності та відповідні знання [1, 2]. Найбільш ефективному розв'язанню зазначених проблем сприяє дистанційне навчання, яке здійснюється на основі сучасних педагогічних, інформаційних і телекомунікаційних технологій [3].

Для забезпечення якості медичної допомоги лікар повинен постійно вдосконалюватися. В даний час пред'являються підвищені вимоги до рівня теоретичної та практичної підготовки лікаря, використання інформаційних та комп'ютерних технологій в його професійній діяльності, що пов'язано зі швидким розвитком нових напрямків і технологій в медицині [4]. Необхідність постійного оновлення знань лікаря, швидке перенавчання і зміна сфери застосування своїх знань продиктовані переходом від традиційної системи післядипломного навчання лікарів до системи безперервної медичної освіти [5].

Аналіз стану наукового опрацювання проблеми дистанційного навчання в Україні та досвіду впровадження його в практику вищої школи показав, що незважаючи на певні досягнення, ця педагогічна проблема потребує подальшого дослідження,

Дистанційне навчання в медицині: за і проти

Інформатизація суспільства та впровадження інноваційних підходів до процесу навчання створили умови для проведення навчальних курсів з використанням дистанційних форм навчання. Що ж розуміється під дистанційною освітою? Дистанційне навчання – це взаємодія вчителя і учнів між собою на відстані, що відображає всі властиві навчальному процесу компоненти (цілі, зміст, методи, організаційні форми, засоби навчання) та реалізовується специфічними засобами Інтернет - технологій або іншими засобами, які передбачають інтерактивність. Широке застосування дистанційна освіта отримала на курсах підвищення кваліфікації [1, 5].

Методика викладання з використанням технологій дистанційного навчання істотно відрізняється від традиційних технологій навчання й в основному опирається на самостійне вивчення курсу студентом, причому значна частина роботи викладача перекладається на електронно-обчислювальну техніку [6]. Фактично навчальні системи

“здобувають” знання в експерта-викладача й “доводять” їх до студента. Тому можна констатувати, що основною особливістю дистанційної освіти є надання студентам можливості самостійно отримувати необхідні знання, користуючись сучасними інформаційними технологіями. Можливість індивідуалізації навчання є однією з найголовніших переваг використання інформаційних технологій у навчальному процесі.

Питання про застосування такої форми навчання в медичних навчальних закладах залишається дискусійним. З одного боку, перевагами дистанційної освіти є можливість навчання відразу великої кількості студентів, полегшення навчального процесу, в разі навчання інвалідів, технологічність – навчання з використанням сучасних програмних і технічних засобів робить електронну освіту більш ефективною, також, як правило, дистанційне навчання дешевше звичайного навчання, в першу чергу, за рахунок зниження витрат на переїзди, проживання в іншому місті, зниження витрат на організацію самих курсів [1, 7, 8].

Противники застосування дистанційної освіти в медицині вважають, що освоєння практичних навичок, які є головною складовою при навчанні медичних працівників, таким шляхом неможливо. Однак, на наш погляд, застосування такої форми навчання в медичних навчальних закладах не тільки можливо, а необхідно. Природно, навчання лікаря практичним навичкам вимагає традиційного очного контакту, але вся теоретична підготовка і вправи в прийнятті рішень можуть проходити в дистанційній формі. Для того щоб правильно розподілити час навчання на дистанційну та традиційну «фази», необхідна ретельна переробка навчального плану.

Також дистанційне навчання є ідеальною і найбільш оптимальною формою післядипломного навчання та підвищення кваліфікації, так як це допомагає вирішити ряд проблем, що виникають у вже дипломованого фахівця, наприклад, через різні робочі зміни і розклади чергувань лікарів, різні підходів до роботи та навчання [8, 9]. Також існує можливість застосування дистанційних освітніх технологій у випадків, що навчаються на очних відділеннях, наприклад, при освоєнні загальних теоретичних курсів.

Звичайно, потрібно відзначити, що медична освіта має свої особливості, пов'язані з відносинами викладач-студент, лікар-пацієнт. Але навіть в таких випадках дистанційне навчання демонструє свою гнучкість. Можливі такі види дистанційного навчання: без присутності викладача, в разі освоєння теоретичного курсу, з частковим присутністю викладача, при проведенні практичних і лабораторних занять.

Дистанційна форма навчання удосконалює післядипломну підготовку лікарів. Головною метою викладання в післядипломній освіті є досягнення якісної практичної підготовки на підставі знань, умінь та навичок за традиційними й новітніми навчальними технологіями. Інновації у післядипломній освіті передбачають впровадження у технології навчання лікарів на базах стажування дистанційного навчання. Дистанційне навчання передбачає декілька різних технологій, які можуть використовуватися в на-вчальному процесі: кейсову технологію, інтернет-технологію та телекомунікаційну технологію [9, 10]. Вибір технології навчання залежить від по-треб лікаря, його можливостями, кількістю часу на навчання.

Результативність дистанційного навчання на післядипломному етапі освіти лікарів визначається: ефективністю взаємодії викладача і лікаря; активним зворотнім зв'язком; якістю попереднього проектування процесу дистанційної освіти і засобами управління ним; розробкою дидактичних матеріалів. Технологія роботи полягає у взаємодії викладачів кафедри з лікарями за допомогою сучасних телекомунікаційних Internet-технологій, а засобом здійснення подібної взаємодії є електронна пошта, телеконференції, діалоги в режимі реального часу тощо. Під час спілкування у прямому ефірі відбувається трансляція мультимедійної презентації, що є одним із варіантів підготовки лікаря до заняття [11].

За допомогою Internet-технологій передбачається вивчення методичних розробок до занять та матеріалів для інтерактивного читання і тестування. Також для навчального процесу використовують відеосюжети клінічних випадків та ситуацій з медичної практики [11, 12]. Відеосюжети оглядово допомагають у проведенні диференційної діагностики захворювань у кожному

конкретному випадку, встановленні діагнозу, визначенні необхідного обсягу обстежень, трактуванні результатів досліджень та визначенні тактики ведення хворого.

У сучасних умовах, що вимагають постійного систематичного оновлення професійних знань та умінь спеціаліста, зростають і можливості доступу користувача до різноманітних ресурсів інформації, в тому числі засобів мультимедіа. Саме на використанні сучасних інформаційних технологій та засобів комунікації (телебачення, відео- та аудіо засоби навчання, комп'ютерні глобальні та локальні мережі) базується дистанційне навчання.

Безперервність медичної освіти

В останні роки в основу професійної підготовки покладено принцип безперервності. У всьому світі відбувається вимушений перехід від концепції одноразового освіти на все життя до концепції безперервного, довічної освіти (life long learning). При цьому вищий навчальний заклад виявляється не вершиною освітньої піраміди, а нехай і дуже важливою, але все ж проміжною ланкою в системі. Однією з основних цілей освіти стає навчання людини орієнтації в потоці інформації, що оновлюється та саморозвитку [3, 9].

Одним з ранніх прикладів безперервної освіти було підвищення кваліфікації медичними працівниками через систему післядипломної освіти та перепідготовки, тому що свого часу в медичних вузах таке навчання не проводилося. Вже тоді виникла необхідність врахування спеціальних вимог до організації навчального процесу [9].

Систему безперервної медичної освіти, крім нових умов допуску медичних працівників до професійної діяльності, відрізняє безперервність, використання інноваційних освітніх технологій, а також можливість вибудовування персональної траєкторії освітнього процесу. При цьому цикли удосконалення в контексті системи безперервної медичної освіти стають окремими модулями модульного підходу. Кожен такий модуль при його вивченні забезпечує досягнення певної дидактичної мети. Навчальний матеріал, що охоплюється модулем, повинен бути настільки закінченим блоком, щоб існувала можливість конструювання єдиного змісту з окремих модулів без порушення логічності викладу матеріалу. Така побудова

навчання забезпечує істотну гнучкість освітнього процесу, так як дозволяє переміщати в часі окремі блоки (модулі) навчального матеріалу без аналізу їх зовнішніх зв'язків, вибудовуючи бажану персональну траєкторію. Відповідно, виникає завдання організації навчального процесу, що забезпечує виконання цих умов.

У свою чергу, навчальний процес – це система, що має змістовну, організаційну і технологічну сторони, призначена для забезпечення певного рівня якості підготовки фахівця. При цьому в сучасних умовах, коли доступність освітніх ресурсів істотно зросла, множитья число можливих стратегій саморозвитку, організаційна складова навчального процесу починає грати не меншу роль, ніж змістовна в забезпеченні його ефективності.

Організація навчального процесу в післядипломній освіті

Зазвичай основне навантаження в організації навчального процесу в післядипломній освіті лежить на кафедрі. Навчально-організаційна діяльність кафедри, як і інші види робіт, визначається положенням про кафедру.

Завдання медичної післядипломної безперервної освіти пред'являють до навчального процесу ряд додаткових вимог, як до змісту, форм і методів навчання, так і до його організації і управління. Тому організація процесу навчання в системі післядипломної медичної освіти має свої особливості в порівнянні з таким як в технічних і економічних, так і з навчанням студентів в медичних вузах. Крім того, освіта дорослих висуває особливі вимоги до організації навчання (тимчасові рамки, необхідність поєднувати роботу і навчання, велика вимогливість, своє розуміння процесу викладання та ін.).

В даний час проблемам організації навчального процесу при викладанні в післядипломній медичній освіті приділяється недостатньо уваги.

Для забезпечення підбору відносно однорідних по початковому рівню підготовки груп учнів і створення можливостей для реалізації індивідуальних траєкторій навчання необхідно чітко уявляти можливий контингент слухачів. З цією метою нами проводиться моніторинг комп'ютерної грамотності медичних працівників.

Беручи до уваги, що старше покоління медичних працівників освоює інформаційні технології самостійно, можуть виникнути проблеми з використанням дистанційних освітніх технологій саме у слухачів старшого віку. А ця група фахівців не так мала, щоб не враховувати її при відпрацюванні механізмів впровадження безперервної медичної освіти.

Пропонований кафедрою набір варіантів модулів (циклів) навчання повинен покривати максимально можливий спектр потреб медичних працівників в цьому виді підготовки. На основі результатів проведеного моніторингу в даний час представляється доцільним реалізація двох видів циклів підвищення кваліфікації: 1) для медичних працівників без досвіду роботи на комп'ютері, 2) для підготовлених користувачів, а також курсу для аспірантів, що фактично є післядипломним навчанням.

Переважаючою, природною є денна форма навчання слухачів з відривом від основної роботи. Однак, в даний час практично дуже складно забезпечити навчання з відривом медичних працівників від основної роботи.

Для того, щоб слухачам можна було заздалегідь вибрати зручний час і форму навчання річний розпис циклів, складений з урахуванням рівномірності навантаження викладачів, наводиться на сторінках кафедри сайту вищого навчального закладу і безпосередньо поширюється по медичним установам.

Навчання у відповідності до принципів безперервної медичної освіти, що використовує дистанційні освітні технології, має як позитивні, так і негативні сторони даної підготовки лікарів. При цьому не передбачається, що дистанційна освіта замінить поступово традиційне, а тільки доповнить його і розширить його можливості. Дистанційне навчання передбачає наявність в учнів деяких стартових знань, в тому числі щодо навичок роботи в інтернеті. Необхідно також відповідне технічне забезпечення учасників освітнього процесу (як у кафедрі, так і у слухачів).

Зокрема, на кафедрі використовується система Moodle. З її допомогою проводиться поточний і проміжне тестування слухачів, в ній зберігаються навчально-методичні матеріали і завдання для

самостійної роботи слухачів. Виконані слухачами завдання надсилаються на кафедру по електронній пошті.

Для більш ефективного використання дистанційних технологій в рамках безперервної медичної освіти необхідне рішення ряду організаційних завдань більш високого рівня. В першу чергу це відноситься до визначення нормативної бази, яка регламентує методичну роботу викладачів і педагогічне навантаження при даній формі навчання.

Ефективність навчального процесу, поряд з рішенням загальних організаційних питань, багато в чому, залежить від рівня поточної навчально-організаційної діяльності кафедри. До неї відносяться:

1. Комплектування циклів.
2. Методологічне та організаційне забезпечення проведених занять.
3. Формування обліково-звітної кафедральної документації.
4. Ведення баз даних слухачів, які пройшли навчання на кафедрі.

В даний час основне навантаження по комплектуванню циклів і, відповідно, по виконанню плану, лягає на кафедру. З огляду на загальну існуючу ситуацію в охороні здоров'я, це стає серйозною проблемою. Співробітники кафедри змушені регулярно обдзвонювати медичні установи, підтримувати відносини з начальниками відділів кадрів, активно займатися рекламою, розширювати географію охоплення. Ще одним способом є організація виїзних циклів в тих установах, де є відповідні приміщення і достатня кількість комп'ютерів.

Методологічне забезпечення навчального процесу при безперервній освіті з елементами дистанційного навчання є дуже великим і трудомістким завданням. Розробку та вдосконалення методичного забезпечення навчального процесу проводять викладачі кафедри: навчальних програм і навчально-методичних комплексів; підручників, навчальних і навчально-методичних посібників, методичних вказівок, дидактичних та роздаткових матеріалів з проведення різних видів навчальних занять і виконання слухачами самостійної роботи, наочних посібників, програмних і інформаційних матеріалів, необхідних для комп'ютеризації навчального процесу.

Безпосереднє забезпечення навчального процесу всіма необхідними навчально методичними матеріалами також досить важливе завдання. Ці матеріали представлені в системі Moodle. Крім того, під час занять необхідно забезпечення слухачів відповідним роздатковим матеріалом та/або навчальними посібниками в паперовому вигляді, що дозволяють уникнути суцільного конспектування під час лекцій та ефективно проводити практичні заняття. Підготовка друкованих матеріалів також повинна бути відповідним чином організована. Крім того, у слухачів повинні бути ретельно розроблені методичні вказівки щодо проведення самостійної роботи і, природно, був доступ до необхідних підручників і навчальних посібників, зокрема, через інтернет і можливості дистанційного спілкування з викладачами.

Важливу роль для подальшого вдосконалення організації навчального процесу відіграє фінальне анонімне анкетування слухачів. В анкетах слухачі висловлюють свої зауваження та пропозиції щодо поліпшення його організації та проведення. Ці зауваження аналізуються на засіданнях кафедри і в необхідних випадках призводять до наступної коригуванні навчального процесу.

Отже, при наявності мінімальних людських та технічних ресурсів з'являється можливість організації дистанційних курсів паралельно з традиційними методами навчання. Основою для впровадження даних технологій можуть послужити пробні курси, організовані на базі окремих кафедр самого навчального закладу, так і на клінічних кафедрах на базі лікувально-профілактичних установ. При цьому, система дистанційного навчання та підвищення кваліфікації медичних фахівців повинна складатися з наступних складових: проведення дистанційних лекцій, проведення семінарів з поглибленим вивченням раніше прочитаного лекційного матеріалу; практичні заняття з тих чи інших методів діагностики, лікування і хірургічних операцій, а також індивідуальні телемедичні консультації.

Незважаючи на досить об'ємний перелік позитивних якостей дистанційної освіти, як і в будь-якій іншій формі навчання, в ній можна виділити кілька недоліків. Перш за все, це ускладнена ідентифікація дистанційних студентів, оскільки на сучасному етапі

розвитку технологій перевірити, хто ж саме складає іспит, досить складно [10, 11]. Однак вищі навчальні заклади, які надають можливість навчання на дистанційних курсах, знайшли вихід із ситуації в обов'язковій присутності студента на кількох іспитах у вищому навчальному закладі. При цьому є обов'язковим надання документів, що підтверджують особу.

Крім того, досить вагомою проблемою є низька пропускну спроможність електронної мережі під час навчальних чи екзаменаційних телеконференцій. Від цього, передовсім, страждають дистанційні студенти невеликих містечок України, яким, власне, найбільше підходить дистанційна освіта через географічну віддаленість від наукових осередків [12].

Запропонована система навчання також застосовується для контролю знань і для самостійної підготовки лікарів. У дистанційному навчанні виправдав себе та заслужив визнання тестовий контроль. Тестування – основна форма вихідного, поточного та проміжного контролю. Тест, як правило, містить перелік питань з дисципліни, на кожне з яких пропонується декілька варіантів відповідей. Лікар повинен вибрати серед цих варіантів правильну відповідь. Перевірка тестів, практичних і лабораторних робіт здійснюється дистанційно в двох режимах: автоматизовано і безпосередньо викладачем. До впровадження механізму ідентифікації учасників процесу дистанційного навчання семестрові іспити повинні здійснюватися заочною формою. Але найбільш прийнятною формою організації післядипломного навчання є технологія змішаного навчання, у якій забезпечується поєднання дистанційного та заочного навчання.

Рівень розвитку у лікаря оцінюється його здатністю самостійно набувати нові знання і використовувати їх у навчальній і практичній діяльності. У формуванні творчої активності одне із провідних місць займає самостійна робота. Лише цілеспрямована систематична самостійна робота кожного лікаря дозволяє глибоко засвоїти знання, виробити і закріпити вміння, перетворити їх на відповідні навички розумової праці.

Серед важливих проблем та недоліків дистанційної форми освіти в Україні варто також виділити недостатній безпосередній контакт

між персональним викладачем та дистанційним студентом через надзвичайну професійну завантаженість вітчизняних педагогів. Студенти закордонних дистанційних курсів можуть отримувати відповіді на свої листи вже через кілька годин, оскільки викладачів в країнах зі значним досвідом впровадження дистанційної освіти набагато більше, ніж студентів [13-15]. На жаль, в Україні склалася протилежна ситуація – бажаючих отримати дистанційну освіту у нас багато, а досвідчених викладачів, знайомих з новітніми технологіями дистанційного спілкування, обмаль.

Але, незважаючи на недоліки, технології дистанційного навчання є могутнім засобом пізнання. Щоб підвищити ефективність нових інформаційних технологій у навчанні, слід сформувати певну систему, яка передбачає інше розуміння сутності навчання, ролі викладача і студентів у цьому процесі, взаємовідносин викладача і студентів, оснащення робочих місць викладача і студентів.

Висновок

Таким чином, умови безперервної післядипломної освіти висувають певні вимоги до організації навчальної та навчально-методичної роботи кафедри в медичних вищих учбових закладах. Дистанційне навчання є перспективною формою педагогічних технологій в галузі медичної освіти, оскільки воно є більш гнучким та відповідає сучасним реаліям суспільства. Дистанційна освіта на післядипломному етапі надає лікарям можливість самостійно отримувати необхідні знання, використовуючи при цьому сучасні інформаційні технології, оскільки дистанційне навчання вимагає від лікаря високого рівня професійної та пізнавальної мотивації, самоконтроля та самодисципліни. Також лікар повинен прагнути до постійного розвитку та самовдосконалення свого професійного росту, що проявлятиметься у знаннях, навиках та діях.

Список використаної літератури

1. Ayanso A., Cho D., Lertwachara K. Information and communications technology development and the digital divide: A global and regional assessment. *Information Technology for Development*, 2014; 20(1): 60–77. doi:10.1080/026811102.2013.797378
2. Москаль Ю. Світові тенденції розвитку заочної та дистанційної вищої освіти. *Психологія і суспільство*. 2008. №3. С.116-122.

3. Angst C, Agarwal R. Adoption of electronic health records in the presence of privacy concerns: The elaboration likelihood model and individual persuasion. *MIS Quarterly*, 2009; 33(2): 339–370. doi: 10.2307/20650295
4. Яценко Г. Комунікативна складова дистанційного навчання: аналіз поняття та рівні реалізації. *Вища освіта України*. 2007. №4. С. 88-94.
5. Soja E. Information and communication technology in active and healthy ageing: Exploring risks from multi-generation perspective. *Information Systems Management*. 2017; 34(4): 320–332. doi: 10.1080/10580530.2017.1366217
6. Федорук П. І. Адаптивна система дистанційного навчання та контролю знань на базі інтелектуальних Інтернет технологій. Прикарпатський нац. ун-т ім. В. Стефаника., Івано–Франківськ: Прикарпатський нац. ун-т, 2008. 324 с.
7. Tams S., Grover V., Thatcher J. Modern information technology in an old workforce: Toward a strategic research agenda. *Journal of Strategic Information Systems*. 2014; 23(4): 284–304. doi: 10.1016/j.jsis.2014.10.001
8. Воронка Г. Інформаційно-ресурсне забезпечення навчального процесу шкіл післядипломної освіти. *Шлях освіти*. 2006. №4. С. 27-28.
9. Korzh O., Tsodikova O. Improving doctor-patient communication in a primary care setting. *Practica Medicala*. 2019; 14: 13-17.
10. Goh J. M., Gao G., Agarwal R. The creation of social value: Can an Online Health Community reduce rural-urban health disparities? *MIS Quarterly*. 2016; 40(1): 247–263. doi: 10.25300/MISQ/2016/40.1.11
11. Сисоєва С.О. Проблеми дистанційного навчання: педагогічний аспект. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика: Наук.-метод. журн.* 2003. Вип. 3–4. 308 с.
12. McAfee A., Brynjolfsson E. *Machine, platform, crowd: Harnessing our digital future*. 2017; New York, NY: Norton and Company.
13. Шабаєва А.М. Філософський аспект особливостей комунікації у дистанційній освіті. *Грані*. 2013. №1. С. 72-75.
14. Шаран Р. Етапи розвитку дистанційної освіти у США. *Порівняльна професійна педагогіка*. 2011. №2. С.34-42.
15. Venkatesh V., Morris M. G., Davis G. B., Davis F. D. User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*. 2003; 27(3): 425–478. doi: 10.2307/30036540.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ НАВЧАННЯ

У результаті запровадження карантинних заходів навчальний процес у вищих медичних навчальних закладах почав здійснюватись дистанційно. Перехід на дистанційну систему освіти виявив як ряд переваг, так і низку недоліків, пов'язаних з впровадженням дистанційного навчання. Імовірно, що не лише для кожного вишу, але і для кожної окремо взятої кафедри існують свої як переваги, так і недоліки, що і визначило мету даної публікації.

Мета. Провести аналіз впровадження дистанційного навчання на кафедрі внутрішньої медицини вищого медичного навчального закладу, визначити переваги та недоліки, а також оцінити перспективи подальшого використання дистанційного навчання на кафедрі внутрішньої медицини.

Виходячи з поставленої мети, нами було визначено **завдання** – проаналізувати наявний досвід впровадження дистанційного навчання, а також власний досвід вивчення навчальної дисципліни, визначити переваги та недоліки, а також оцінити перспективи подальшого використання дистанційного навчання на кафедрі.

Результати і обговорення. Дистанційне навчання (ДН) є формою навчання, що базується на використанні широкого спектру традиційних, а також нових інформаційних і телекомунікаційних технологій, технічних засобів, які створюють умови для студента вільного вибору освітніх дисциплін, які відповідають стандартам, діалоговому обміну з викладачем. В останні роки з'явилися публікації, у яких висвітлюються різні сторони організації і проведення дистанційного навчання у вищих медичних навчальних закладах України [1-6].

Термінологія. Дистанційне навчання - це різновид навчання, що передбачає активний обмін інформацією між усіма учасниками навчання і використовує в максимальному ступені сучасні засоби

нових інформаційних технологій, включаючи комп'ютерні телекомунікації.

Термін "дистанційне навчання" (distance education) ще до кінця не сформувався. Зустрічаються такі варіанти як "дистанційна освіта", "дистанційне навчання". Деякі зарубіжні дослідники визначають його як теленавчання, однак найбільш часто вживається термін "дистанційне навчання".

У світі впровадження дистанційного навчання, у першу чергу, передбачало дати можливість кожному студенту, що живе в будь-якому місці, пройти курс навчання у будь-якому коледжі або університеті.

Дистанційне навчання від традиційних форм навчання відрізняють наступні характерні риси:

- можливість займатися в зручний для себе час, у зручному місці і темпі;
- нерегламентований відрізок часу для освоєння дисципліни;
- одночасне звернення до багатьох джерел навчальної інформації (електронних бібліотек, банків даних, баз знань і т.д.);
- спілкування через мережі зв'язку один з одним і з викладачами;
- ефективне використання навчальних площ, технічних засобів;
- використання в освітньому процесі новітніх досягнень інформаційних і телекомунікаційних технологій;
- рівні можливості одержання освіти незалежно від місця проживання, стану здоров'я і матеріальної забезпеченості;
- експорт та імпорт світових досягнень на ринку освітніх послуг.

Дистанційна освіта розширює й оновлює роль викладача, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати викладацьку діяльність, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень і інновацій.

З впровадженням дистанційного навчання були визначені переваги і недоліки дистанційного навчання (Табл.1)

Переваги та недоліки дистанційного навчання

| Переваги | |
|---|--|
| <i>Характеристика</i> | <i>Особливості</i> |
| Технологічність | Навчання з використанням сучасних програмних і технічних засобів робить електронну освіту більш ефективною. |
| Повноцінність і цікавість | Розвиток Інтернет мереж, швидкісного доступу в Інтернет, використання мультимедіа технологій, звуку, відео робить курси дистанційного навчання повноцінними і цікавими. |
| Доступність і відкритість | Можливість вчитися віддалено від місця навчання, не покидаючи своє житло. Можна вчитися перебуваючи практично в будь-якій точці земної кулі, де є комп'ютер і Інтернет. |
| Свобода і гнучкість, доступ до якісної освіти | З'являються нові можливості для вибору курсу навчання. Дуже легко вибрати кілька курсів з різних університетів, з різних країн. Можна одночасно вчитися в різних місцях, порівнюючи курси між собою. |
| Індивідуалізація | Навчання в будь-який час в будь-якому місці дозволяє студентам не тільки залишатися в звичній для них обстановці і зберегти звичний ритм життя, а й виробити індивідуальний графік навчання. Можливість навчання інвалідів і людей з різними відхиленнями. |
| Залучення іноземних студентів | При використанні дистанційного навчання навчальний заклад отримує більшу кількість іноземних студентів, університети мають можливість збільшити кількість студентів за рахунок залучення дистанційних слухачів з інших країн і міст. |
| Відповідальність і самостійність | Студент, який навчається дистанційно стає більш самостійним, мобільним і відповідальним. |
| Документування процесу навчання | У студента може залишитися сам курс навчання, електронне листування з викладачем і він може звертатися до них пізніше, у міру необхідності. |

Дистанційне навчання надає можливості навчання більшій кількості людей, підвищується інтерес до навчання, зростає продуктивність навчання, дозволяє вчитися тоді, коли це необхідно, привертає людей різних вікових груп. Використання сучасних Інтернет технологій і дистанційного навчання дозволяє легко формувати різні віртуальні спільноти (спільноти студентів, викладачів вузу та викладачів з інших вузів), спілкуватися їм між

собою, обговорювати проблеми, вирішувати спільні завдання, обмінюватися досвідом, інформацією і т.д.

Наряду з перевагами дистанційне навчання має і низку недоліків, і побудови системи дистанційного навчання на початковому етапі створення системи, великі витрати на створення системи дистанційного навчання, самих курсів дистанційного навчання і закупку технічного забезпечення;

- трудомісткість розробки сучасних курсів дистанційного навчання.

Наш досвід застосування дистанційного навчання під час карантину засвідчив доцільність використання такої форми організації навчання. У нас немає жодного сумніву у тому, що дистанційне навчання стане найважливішою навчальною технологією 21-го століття. Доцільним є використання кейс-технології, яка базується та заснована на самостійному вивченні друкованих та мультимедійних навчально-методичних матеріалів, що надаються студенту в формі кейса.

Другою формою навчальних технологій є проведення занять у вигляді відео конференцій.

І найбільш вживаною була третя технологія - мережева. В цьому випадку в навчанні використовувались комп'ютерні навчальні програми та електронні підручники. Слухачі отримували доступ до навчальних матеріалів через Інтернет.

Найбільшою проблемою, з якою ми стикалися під час дистанційного навчання була погана якість зв'язку з студентами через мережу Інтернет.

Нами виділено ряд переваг дистанційного навчання при вивченні внутрішньої медицини, серед яких найважливішими є:

- можливість індивідуалізувати і диференціювати процес навчання;

- контролювати навчання студента з діагностикою помилок і зворотним зв'язком;

- забезпечити самоконтроль і самокорекцію навчальної діяльності;

- підвищити інтерес до процесу навчання, використовуючи ділові ігри.

Однак, існує загроза широкого впровадження дистанційного навчання та заміна ним практичних занять у клініці з метою зменшення витрат на навчання. Така «оптимізація» може принести значну шкоду – зниження якості навчання, яка безсумнівно приведе до погіршення практичної підготовки.

Дистанційне навчання у подальшому може розглядатись як одна з форм організації самостійної роботи студентів та вивчення окремих тем і лише за умови відповідної матеріально-технічної бази на кафедрах, якісної мережі Інтернет та готовності до його повсякденного використання викладачами та студентами. Дистанційне навчання не може замінити використання паперового підручника та посібника, аудиторних занять та повсякденної практичної підготовки на клінічних базах.

Висновки:

1. Дистанційне навчання на додипломному етапі навчання є новою прогресивною формою навчання, яка вимагає подальшого вдосконалення і впровадження як організаційна складова навчального процесу на кафедрі внутрішньої медицини.

2. Дистанційне навчання не може замінити проведення практичних занять безпосередньо у клініці та засвоєння студентами практичних навичок обстеження хворого та надання невідкладної допомоги.

Список використаної літератури:

1. Глушаченко О. Перспективи впровадження дистанційних методів навчання для студентів заочної форми навчання фармацевтичного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця / О. Глушаченко // Людинознавчі студії. Серія "Педагогіка". – 2015. – Випуск 1/33. – С.12–18.
2. Купновицька І.Г. Дистанційна форма навчання, як один із методів підвищення мотивації навчання студентами заочної форми підготовки / І.Г., Купновицька, В.І. Клименко, І.П. Фітковська, С.М. Калугіна, Р.І. Белегай, О.І. Данилюк, М. П. Вівчаренко// Пульс. –2019–N.6.-С.73-79/
3. Куц О. Г. Дистанційне навчання в системі медичної освіти (перший досвід кафедри нормальної фізіології ЗДМУ) / О.Г. Куц, В.М. Омелянчик, Г.І. Бессараб та ін. // Медична освіта. – 2017. – №4. – С. 85–89.
4. Опанасюк Ю. Дистанційне навчання як наслідок еволюції традиційної системи освіти / Ю. Опанасюк // Вища освіта України. – 2016. – №1. – С. 49–53.

5. Паращук Т. О. Дистанційне навчання як технологія самоосвіти студента-медика / Т.О. Паращук // Галицький лікарський вісник. – 2017. – Т.24, №3. – С. 48–49.
6. Сисоєва С.О., Осадча К.П. Стан, технології та перспективи дистанційного навчання у вищій освіті України. Інформаційні технології та перспективи вищого навчання в Україні.-2019.-Т.70.-С.271-284.

Журавльова Л.В., Сікало Ю.К., Олійник М.О., Федоров В.О.

Харківський національний медичний університет

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ КУРСІВ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ У ЗМІШАНОМУ ФОРМАТІ З ЕЛЕМЕНТАМИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ПРИКЛАДІ ОКРЕМОЇ КАФЕДРИ

Вступ. Реформування системи вищої медичної освіти із запровадженням нової моделі безперервного професійного розвитку лікаря, безумовно, є важливою складовою модернізації освітнього простору відповідно до вимог сьогодення. Сучасний підхід до процесу професійного вдосконалення лікаря лежить в площині необхідності постійного розвитку його компетенцій [1]. Удосконалення якості навчання лікарів-фахівців на курсах підвищення кваліфікації є актуальною проблемою в системі післядипломної освіти, та вимагає впровадження нових освітніх технологій.

Мета нашої роботи – поділитися досвідом впровадження інтернет-інформаційних освітніх технологій в організації курсів тематичного удосконалення лікарів циклу «Ревматологія» у змішаному форматі з елементами дистанційного навчання на кафедрі внутрішньої медицини №3 та ендокринології ХНМУ (ВМ 3).

Матеріали та методи. Протягом 2020 року на кафедрі було проведено 2 цикли тематичного удосконалення з ревматології для 15 лікарів у змішаному форматі. Навчання проводили в режимі реального часу (онлайн чи офлайн), та за допомогою освітніх платформ без взаємодії в реальному часі. Реалізація навчальної програми в таких умовах стала можливою із впровадженням в освітній процес ХНМУ інтернет-інформаційної дистанційної

освітньої технології - платформи Moodle, а також із використанням ресурсів власного сайту кафедри <http://vnmed3.kharkiv.ua/>.

Результати та обговорення. Досвід кафедри в організації та проведенні післядипломного навчання лікарів за фахом «Ревматологія» складає 13 років, протягом яких в навчальний процес було впроваджено ряд ефективних нововведень, в тому числі інформаційно-освітні дистанційні технології власного сайту кафедри [2]. Платформа Moodle - безкоштовна відкрита система управління навчанням, яка дозволяє комплексно реалізувати як педагогічні, так і організаційно-управлінські засоби навчання. В рамках кафедральної директорії Moodle ХНМУ було створено дистанційний курс відповідно до навчальної програми із різноманітним наповненням – записано відеолекції, створено презентації лекцій, матеріали для теоретичної підготовки та контролю знань, завантажено базу рентгенограм, КТ та МРТ знімків, введено активні посилання на сайт кафедри із розміщеними першоджерелами міжнародних рекомендацій з діагностики та лікування ревматичних захворювань, науковими статтями та навчальними посібниками співробітників кафедри, відеозаписами конференцій кафедри з питань коморбідних станів в ревматології та інтерактивними клінічними тренажерами.

Варто сказати про необхідність включення кейс-методів навчання в освітній післядипломний процес, що якісно підвищує рівень як теоретичних, так і практичних знань із дисципліни [3]. Дану методику також було включено в дистанційний курс у вигляді створеної бази кейс-випадків.

Загалом, в нових умовах навчання зросла роль самоконтролю та з'явилася потреба постійного зворотного зв'язку із учасниками навчального процесу. Проміжне та прикінцеве анкетування щодо ефективності та якості запропонованого режиму навчання виявило зацікавленість в тестуванні, вирішенні клінічних задач та активному їх обговоренні.

Платформа Moodle дозволила успішно реалізувати можливість дистанційного навчання в синхронному режимі із проведенням вебінарів лекцій та практичних занять. Для контролю знань, консультацій та обговорення питань, що потребують аналізу, проводилися веб-конференції.

Загалом, з огляду на наш досвід, даний формат навчання є успішним, та відповідає вимогам сьогодення [4]. Він сприяє створенню індивідуальної освітньої траєкторії, що забезпечує кращі умови для засвоєння матеріалу завдяки високій динамічності та впорядкованості навчального процесу. Така змішана освітня система дозволяє виробити якісні навички лікарських дій (діагностичних, лікувальних, профілактичних), безперервно підтримувати професійні знання та вміння на високому рівні і мотивувати лікаря до безперервного підвищення професійної компетенції.

Висновок. В умовах нової системи безперервного професійного розвитку для лікарів, організація навчального процесу із впровадженням інновацій є перспективним і високоефективним інструментом, який сприяє методологічному та методичному забезпеченню освітнього процесу. Ефективність інтернет-інформаційних освітніх технологій в системі безперервного післядипломного навчання забезпечується наданням високоякісного інформаційного контенту, можливістю наповнення інтерактивними методиками, а також наявності зворотного зв'язку із безпосередніми учасниками навчального процесу.

Список використаних джерел:

1. МОЗ України. Реформа медичної освіти: україно-швейцарське партнерство [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Електронні дані. – Київ : МОЗУ, 2019. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/reforma-medichnoi-osviti-ukraino-shvejcarske-partnerstvo> (дата звернення 07.02.2021) – Назва з екрану.
2. Журавльова, Л.В., Лопіна, Н.А. Використання сучасних інформаційно-освітніх ВЕБ-технологій в додипломній та післядипломній підготовці лікарів у контексті закону "Про вищу освіту" // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю, присвяченої пам'яті ректора чл.-корр. НАМН України, проф. Л. Я. Ковальчука: Реалізація закону України "Про вищу освіту" у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним під'єднанням ВМ (Ф) НЗ України за допомогою відеоконференцзв'язку), 21–22 травня 2015 р. – Тернопіль, Україна: ТДМУ 2015. - С. 531-533.
3. Лопіна Н.А., Журавльова Л.В. Практико-орієнтований кейс-метод навчання в системі безперервної медичної освіти на основі інформаційних веб-технологій. Практика неперервної професійної освіти: теорія і практика. Continuing professional education: theory and practice (series: pedagogical sciences). 2018;3-4:56-57.

4. Особливості організації та проведення змішаного навчання на клінічних кафедрах / Л. В. Журавльова, Ю. К. Сікало, М. О. Олійник, О. І. Цівенко, Н. А. Лопіна // Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти (в онлайн режимі за допомогою системи Microsoft Teams) : матеріали XVII Всеукраїнської науково-практичної конференції (Тернопіль, 05–06 листопада 2020 р.) / Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2020. – С. 92–95.

УДК 378.016:616.98:578.823

Волошин О.І., Ілашук Т.О., Сенюк Б.П., Волошина Л.О.

Буковинський державний медичний університет

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ МАТЕРІАЛІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19-ІНФЕКЦІЇ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Актуальність: Пандемія COVID-19-інфекції суттєво порушила всі сфери діяльності в глобальному масштабі. Медична галузь навіть у найбільш розвинутих країнах світу не витримала критичного навантаження великим потоком хворих. Спішне перепрофілювання терапевтичних стаціонарів, лікарень в інфекційні з відповідним дооснащенням апаратурою потребувало також перекваліфікації та донавчання «на ходу» кадрів цих установ в інфекціоністи. Кадрова криза забезпечення медичними працівниками гостро стоїть нині, і є реальна перспектива її продовження на ближчі роки. Вже на теперішній час у процес надання медичної допомоги хворим на COVID-19 в багатьох містах України задіюються навіть лікарі-інтерни. Непередбачуваність тривалості цієї пандемії вимагає внесення термінових корекцій в навчальний процес лікарів-інтернів, в першу чергу терапевтичного профілю, з огляду на можливу потребу їх задіяння в процес надання допомоги хворим, що вже перенесли цю хворобу, але мають від неї різні ускладнення.

Мета – виклад досвіду впровадження в навчальний процес лікарів-інтернів терапевтичного профілю матеріалів з вивчення особливостей пандемії COVID-19-інфекції в гострому періоді цієї

хвороби та можливих реабілітаційних заходів на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Матеріали і методи. Використана моніторингово отримана інформація з різних електронних, друкованих засобів, наукових пошукових базах України і світу, дані регіонального характеру, в т.ч. місцевих клінічних баз з використанням методів аналізу, порівняння і узагальнення. Перевагу надавали активному пошуку інтернами з підготовкою ними презентацій, викладачі виступали переважно як модератори, підсумовуючи досягнення медицини світу за кожен короткий період (тиждень, місяць, квартал) та обговорюючи з інтернами перспективи розвитку подій в патофізіологічному, діагностично-лікувальному, профілактичному напрямках та реабілітації в постковідному періоді. При проходженні терапевтичного циклу на клінічній базі цій проблемі приділялася щоденна увага по 15-20 хвилин перед розглядом навчальної теми за планом навчання і окремих занять, на початку і в кінці терапевтичного циклу (перший рік навчання) – приблизно 2-2,5 годинних по типу конференції за участю більшості активних інтернів.

Результати. Мотиваційний момент потреби вивчення цієї проблеми задає викладач, висвітлюючи світову, європейську, українську і регіональну динаміку захворюваності на COVID-19-інфекцію, завантаженість стаціонарів, у т.ч. реанімаційних, летальність пацієнтів, включаючи в цей аналіз матеріалів ураження медичного персоналу з різними наслідками.

На щоденних заняттях за цією проблемою викладач ініціативно подає інтернам всі поточні світові новини з дослідження епідеміології, патогенезу, діагностики і лікування COVID-19 інфекції, особливо вакцинального процесу, акцентуючи увагу на дискусійність поглядів вчених провідних держав світу та активно залучаючи до дискусії інтернів щодо їх розуміння такої ситуації. Обов'язково аналізуються випадки заражень медичних працівників лікувальної установи чи регіону, відношення до таких хворих держави, місцевих адміністрацій, колег, здійснюються спроби дати критичну оцінку недоліків, шляхів їх усунення: «А як би Ви вчинили в таких випадках?».

При аналізі тактики ведення таких хворих у стаціонарах підкреслюється необхідність дотримання узгоджених зі світовими досягненнями протоколів лікування та водночас наголошується, що в них періодично вносяться зміни згідно нових досягнень світової інфектології.

Проте, все вищезазначене розглядається як необхідна складова фундаментального розуміння цієї проблеми та наголошується, що при оптимістичному вирішенні епідеміології шляхом застосування різних ступенів карантинних заходів та вакцинації лікарям терапевтичного профілю прийдеться мати справу в ближньому майбутньому з менш потужним, але значним потоком хворих на постковідний синдром. Клінічно він надзвичайно розмаїтий, полісистемний з обов'язковими тривалими проявами вторинного імунодефіциту та метаболічними і судинними порушеннями, які матимуть вікові та гендерні особливості в залежності від коморбідних процесів. Цей етап хвороби натепер ще явно недостатньо досліджений світовою медициною. Разом з інтернами викладачі на підставі світових досягнень в інших галузях медицини, патогенетично наближених до COVID-19 інфекції, обговорюють можливі перспективні напрямки допомоги такому контингенту хворих. Кінцевий лейтмотив: спонукати інтернів до подальшого самостійного та колективного пошуку новітньої інформації щодо дослідження клініко-патогенетичних аспектів діагностики, реабілітації хворих з постковідним синдромом.

Висновки. 1. Руйнівна дія щодо всіх сфер діяльності людства пандемії COVID-19 інфекції, в першу чергу медичної галузі, непередбачуваний характер подальшого розвитку цієї хвороби, вимагає від широкого загалу лікарів, особливо терапевтичного профілю, термінового набуття необхідних знань для забезпечення кадрами щодо системного подолання цієї недуги.

2. В разі оптимістичного розвитку подій COVID-19 пандемії лікарям терапевтичного профілю прийдеться надавати медичну допомогу значному потоку пацієнтів із постковідним синдромом, наразі лікувально-діагностичний і реабілітаційний процеси розроблені недостатньо для включення в навчальний процес лікарів-інтернів терапевтичного профілю всіх доступних з різних джерел інформації такого плану є нагальною вимогою теперішнього часу.

УДК 614.2:37.018.46:378.018.43:616.988

*Шехунова І.О., Боєв С.С., Доценко М.Я., Герасименко Л.В.,
Молодан О.В., Малиновська О.Я.,* Державний заклад «Запорізька
медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони
здоров'я України», м. Запоріжжя, Україна.

Яценко О.В., Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

ДОСВІД ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Пандемія коронавірусного захворювання 2019 року COVID-19 привела до найбільшого за всю історію збою у функціонуванні систем освіти [1]. Це стосується і медичної освіти, що, безсумнівно, може негативно вплинути в різних аспектах на післядипломну медичну підготовку. До них відносяться зменшення кількості клінічних випадків, пов'язаних зі спеціальністю, нестача персоналу, скасування навчальних конференцій і труднощі з проведенням офіційних іспитів по підвищенню кваліфікації і ліцензійних іспитів. Захворювання може викликати небезпечні для життя стани і створювати проблеми для медичної освіти, оскільки викладачі повинні безпечно читати лекції, забезпечуючи при цьому цілісність і безперервність процесу медичної освіти. Тому виникла нагальна потреба «перейти в онлайн», що поглибило стрес викликаний пандемією і збільшило навантаження на викладачів і співробітників навчальних закладів, які намагаються знайти баланс між навчанням, дослідженнями і обов'язками, не кажучи вже про баланс між роботою та особистим життям [2] викладацького складу будь-якого напрямку і віку доводиться готувати і проводити свої заняття з дому з усіма практичними і технічними проблемами, які це тягне за собою, і часто без належної технічної підтримки [3].

Можна сказати, що пандемія COVID-19 дала можливість в реальному часі оцінити ефективність, гнучкість і швидкість реагування різних систем управління. Оцінка наявних можливостей і їх повноцінне застосування дали можливість для більш бурхливого розвитку деяких напрямків, особливо із застосуванням дистанційних

та інформаційних технологій. До початку пандемії програми удосконалення лікарів мали в основному очний або очно-заочний характер. Пандемія послужила пусковим механізмом для початку прискореного розвитку дистанційних програм навчання за всіма освітніми напрямками. Під дистанційним навчанням ми розуміємо, перш за все організацію освітньої діяльності із застосуванням дистанційних освітніх технологій, які передбачають використання інформаційно-телекомунікаційної інфраструктури для передачі інформації і опосередкованого синхронної або асинхронної взаємодії учнів і педагогічних працівників [4, 5]. Метою заочного (віддаленого) навчання було вирішення питання безперервності освітніх програм удосконалення лікарів, впровадження дистанційного навчання в освітні програми. І, не дивлячись, на деякі побоювання, викликані труднощами, що виникають, має місце дуже продуктивний розвиток процесу навчання.

Наш досвід показує, що спочатку лікарі-слухачі поставилися з недовірою, але поступово інтерес збільшився і учасники оцінили реальну можливість отримання теоретичних знань, проведення розбору клінічних випадків і обміну власним досвідом. Для дистанційного навчання були реалізовані різні платформи і додатки, включаючи ZOOM, Microsoft Teams, Moodle, Skype, групи Viber, канали YouTube. Найбільш зручною у використанні для нас в проведенні онлайн заходів виявилася система Zoom, яка досить проста в застосуванні, дає можливість проведення опитувань в реальному часі, поділу учасників на маленькі групи і проведення паралельних обговорень в групах. На початку ми провели інструктаж щодо використання платформи ZOOM, були організовані тренінги. На перших порах виникали складності приєднання, підключення мікрофона, відсутність чутності, неможливості включити веб камеру. Але до початку навчання, всі лікарі-слухачі освоїли навички роботи з платформою ZOOM. Базисний контроль курсантів у вигляді тестових завдань було проведено в перший день занять по месенджер-каналю Viber, відповіді опубліковані в кінці дня. У першій половині дня згідно календарно-тематичного плану занять по месенджер-каналю викладали матеріали до практичних, лекційних занять, презентації, а також запис відеолекції. Зворотний зв'язок з курсантами

підтримували з використанням платформи ZOOM: в день лекційних занять були організовані конференції за участю лектора, на цій платформі також здійснювалася «живе спілкування» викладачів з курсантами.

Зручності платформи ZOOM для онлайн-навчання слухачів:

- дискусія в реальному часі, спілкування;
- інтерактивна дошка, на дошці є можливість для презентації;
- матеріалів (спільний перегляд);
- є чат, в якому можна писати повідомлення, передавати файли;
- моніторинг відвідування заняття (за допомогою функції учасники);
- моніторинг викладача (запрошення на конференцію представника адміністрації);
- архівування заняття (за допомогою запису конференції),

що підтверджується і досвідом інших навчальних закладів, які використовують дистанційне навчання [6, 7, 8]. Лікарі - слухачі можуть задавати питання через чат, але чат дуже відволікає, якщо намагаєшся зосередитися на тому, що говорить доповідач. Тому в певних випадках ми не виключали особисте спілкування з викладачем "один на один", але більшість комунікацій відбувалося віртуально. Ми оголосили про те, що лікар-слухач, наприклад, зможе спілкуватися очно зі своїм викладачем в конкретний час один на один в конкретну годину з дотриманням параметрів соціального дистанціювання.

Кафедра кардіології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» розробила опитувальники для пре- і пост- тестування учасників для подальшої оцінки і поліпшення якості проведених заходів, з обов'язковим урахуванням пропозицій учасників дистанційного навчання. З початку режиму самоізоляції на кафедрі підготовлено 7 онлайн програм з удосконалення лікарів, тривалістю від однієї до 4 тижнів. Проводяться онлайн лекції, консультації, обговорення і опитування. Віддалений формат дозволить більш активно залучити до процесу навчання запрошених фахівців інших кафедр. Результати опитування лікарів-слухачів ми виявили прийнятний рівень отримуваних знань, за допомогою системи електронного навчання, що свідчить про зручність використання електронного навчання під час спалаху

COVID-19. Результати також підкреслюють його потенціал для охоплення лікарів і перетворення медичної підготовки.

Слід підкреслити, що глобальна мережа дозволяє залучати до процесу взаємодії все більше число різних суб'єктів освітнього процесу без урахування часових і просторових обмежень очної взаємодії. В даний час вже існують готові комплексні хмарні системи, що дозволяють реалізовувати інструментарій системи управління навчанням (Learning Management System (LMS)), орієнтовані на потреби та можливості сучасного учня. Використання інтернет-сервісів з хмарними сховищами дозволяє залучати учнів в освітній процес в режимі взаємодії, прийнятому в інтернет-спільнотах, з орієнтацією на сучасні засоби комунікації. Таким чином, стандартного набору хмарних інтернет-сервісів досить для побудови LMS і спільного створення викладачами і студентами предметного середовища.

Останні місяці ми стали застосовувати платформу Google for Education і можемо відразу зазначити: 1) на основі даної платформи можливо розгортання повноцінної хмарної LMS для кафедри; 2) особливістю LMS на основі Google for Education є те, що крім ресурсної, комунікаційної та організаційної функцій вона забезпечує функцію інструментальну, дозволяючи включати в освітнє середовище хмарні інструменти, необхідні для виконання навчальних завдань. Передбачена можливість використання як вбудованих, так і сумісних з Google онлайн-сервісів; 3) передбачені технології взаємодії користувачів створюють передумову для розвитку і застосування методів колаборативного і кооперативного навчання, таких необхідних для професійної підготовки фахівців. 4) забезпечується підтримка різних технічних пристроїв і різних форматів представлення навчальних матеріалів.

Таким чином, наш початковий досвід свідчить про безперечну доцільність застосування платформи Google for Education в навчальному процесі.

Однак значний відсоток лікарів насправді повідомили, що відчувають певні фінансові або технічні труднощі при використанні платформ електронного навчання. Часто через слабкий інтернет доводиться відключати відео, а без відео важко встановити робочий

контакт: навіть не знаєш, чи слухає лікар-слухач або займається своїми справами. Певні труднощі при застосуванні електронного навчання виникли при передачі клінічного досвіду, який багато в чому залежить від викладання біля ліжка хворого, проведення діагностичних досліджень, лікувальних маніпуляцій тощо, які лікар не може якісно освоїти за допомогою дистанційної освіти, навіть з використанням сучасних тренажерів. Також, на думку лікарів, значущим недоліком є брак живого спілкування з викладачами та своїми однокурсниками, умінь вчитися і працювати в командах. Багато що залежить і від самодисципліни. Пандемія ускладнила реалізацію програм стажування та навчання на робочому місці, які є найважливішими елементами навчання і відповідає потребам ринку системи післядипломної освіти лікарів-фахівців.

Слід зазначити, що стресова для всіх учасників ситуація не могла не відбитися на якості навчання. Але правильно підібрані матеріали курсу, виходячи з цілей і завдань навчання і характеристик навчального процесу в онлайн-середовищі, забезпечили достатній освітній результат, а викладачеві - позитивний зворотний зв'язок. Масштабні зусилля, зроблені за короткий час в порядку реагування на потрясіння в системі освіти, нагадують нам про те, що перетворення досяжні. Необхідно скористатися цією можливістю, щоб знайти нові способи подолання кризи в сфері освіти і виробити комплекс рішень, втілення яких в життя раніше вважалося важко досяжним або неможливим. З огляду на, що параметри соціального дистанціювання, ймовірно, збережуться протягом деякого часу, може статися довгострокова зміна парадигми в тому, як надається медична освіта. Не можна не погодитися з думкою Elise Everett, що «віддалене навчання дозволяє нам вийти з розрізненості і сприяти співробітництву між співробітниками; більш регулярно отримувати доступ до ресурсів інших організацій на місцевому, регіональному, національному та міжнародному рівнях; і дозволяє навчатися працюючи в своєму власному темпі і при необхідності переглядати матеріал, тому що все це записано. І ми знаходимо ще більше можливостей, про які раніше не думали, щоб змінити систему, щоб вона дійсно працювала для всіх учнів» [6].

Література

1. Secretary General of the United Nations. PolicyBrief: Education during COVID-19 and beyond the United Nations. - 2020. – 26 p. <https://www.right-to-education.org/fr/node/1231>.
2. Houlden S. Coronavirus Pushes Universities to Switch to Online Classes— But Are They Ready? / S. Houlden, G. Veletsianos // The Conversation. Available online: <https://theconversation.com/coronaviruspushes-universities-to-switch-to-online-classes-but-arethey-ready-132728>. (accessed on 13 June 2020).
3. Online University Teaching During and After the Covid-19 Crisis: Refocusing Teacher Presence and Learning Activity / C. Rapanta, L. Botturi, P. Goodyear [et al.] // Postdigit. Sci. Educ. – 2020. - №2. – P. 923–945. <https://doi.org/10.1007/s42438-020-00155-y>.
4. Цыренова М.И. Опыт использования массовых открытых онлайн-курсов при дистанционном обучении китайских студентов во время эпидемии Covid-19 / М.И. Цыренова // Успехи гуманитарных наук. - 2020. - С. 31.
5. Ризаев Ж.А. Общение с пациентом, проблемы обучения практических навыков и их решение при подготовке квалифицированных специалистов / Ж.А. Ризаев, С.Х. Юсупалиходжаева // Сборник учебно-научно-практической конференции - 2018. - С. 160-162.
6. Educational Innovation During a Pandemic July, by Michelle Bookless.2020. <https://www.med.uvm.edu/medcommunications/news/2020/07/23>.
7. Абатуров О.Є. Досвід дистанційного викладання педіатрії студентам четвертого курсу у медичних вишах України в умовах пандемії COVID-19 / О.Є. Абатуров, О.О. Агафонова // Здоров'я дитини. – 2020. - №3 - С.200-203. DOI: 10.22141/2224-0551.15.3.2020.204556.
8. Опыт дистанционного обучения в условиях пандемии covid-19 / Г.У. Лутфуллаев, У.Л. Лутфуллаев, Ш.Ш. Кобилова [и др.] // Проблемы педагогики. - 2020. - №4 (49). - С. 66-69. <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-distantsionnogo-obucheniya-v-usloviyah-pandemii-covid-19>.

**FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH
CONCOMITANT SLEEP APNEA SYNDROME AND CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

Relevance. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is an actual problem of modern gastroenterology and family medicine in connection with a high frequency in the population, a variety of symptoms and the clinical forms of the disease. Various scientific studies conducted over the past five years have identified a link between GERD and chronic respiratory diseases, in this regard, it becomes important to study the quality of life of patients with similar comorbid conditions.

The aim of the study. To study the characteristics of the quality of life (QOL) in patients with GERD with concomitant sleep apnea syndrome (SAS) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Material and methods. The study included two groups of patients diagnosed with GERD and one control group of healthy individuals. In group I, 23 patients were included (15 males and 8 females) suffering from GERD with concomitant mild SAS. Group II included 22 patients (14 men and 8 women) diagnosed with GERD without comorbid pathology. Group III (control group) - 20 healthy individuals of the same age and sex (12 men and 8 women) who gave their voluntary consent to participate in the study.

QOL was assessed using the SF-36 unified questionnaire, which includes an assessment of physical and mental health scales. The scores on each scale ranged from 0 to 100, with a score of 100 representing overall health. The questionnaire was completed by the research participant independently, therefore the results of health assessment are objective criteria for QOL.

Results and discussion. In the study, we found that in patients of both groups I and II, QOL indices were reduced in comparison with the control group on all scales of the SF-36 questionnaire, and the difference was statistically significant.

**Average QOL values in GERD patients without comorbidities
and with concomitant obstructive sleep apnea syndrome**

| Indicators of QOL scales | GERD patients | | Healthy persons of the control group |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| | No associated pathology | With concomitant sleep apnea syndrome | |
| Physical functioning (PF) | 50,6±3,9 | 47,2±3,4 | 84,5±4,0 |
| Role-based physical functioning (RP) | 34,5±2,8 | 43,8±3,1 | 71,4±3,0 |
| Pain intensity (BR) | 37,2±3,3 | 48,3±3,9 | 76,3±4,0 |
| General health (GH) | 45,6±4,0 | 39,1±4,2 | 75,1±4,1 |
| Viability (VT) | 52,4±4,1 | 32,9±4,1 | 80,5±3,2 |
| Social functioning (SF) | 52,2±4,1 | 50,1±4,3 | 81,4±4,2 |
| Role-based emotional functioning (RF) | 55,2±3,9 | 36,8±4,0 | 78,6±3,1 |
| Mental health (MH) | 51,4±3,1 | 35,5±2,8 | 75,5±3,7 |

It is interesting that in patients with GERD without comorbidity, the indices of the scales of role physical functioning (34.5 ± 2.8 points) and the scale of pain intensity (37.2 ± 3.3) were at a lower level than in patients with GERD with concomitant SAS (43.8 ± 3.1 points and 48.3 ± 3.9 points, respectively). When comparing, the difference between the indicators was statistically significant ($p < 0.05$), while the values of the levels of mental health - role emotional functioning (36.8 ± 4.0), vitality (32.9 ± 4.1) and mental health (35.5 ± 2.8), on the contrary, the lowest were in patients with GERD with concomitant SAS than in patients without comorbid pathology (55.2 ± 3.9 points, 51.4 ± 3.1 points and 52.4 ± 3.1 points, respectively) ($p < 0.05$). Indicators of other scales - general health, physical and social functioning - were also lower in patients with GERD with concomitant SAS (39.1 ± 4.2 points, 47.2 ± 3.4 points and 50.1 ± 4.9 points, respectively) than in patients without comorbid pathology (45.6 ± 4.0 points, 50.6 ± 3.9 points and 52.2 ± 4.1 points, respectively), but the difference between them was statistically insignificant ($p > 0, 05$).

Conclusions. In patients with a diagnosis of GERD, both without combined pathology and with it, there is a statistically significant decrease in QOL indicators. It is also important to note that the degree of decrease in an isolated course with a greater degree of reliability relates to the scales of physical health, and in the case of a combined course, to a greater extent, to the scales of mental health.

Андріюк Л.В.

Львівський національний медичний
університет ім. Данила Галицького
Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА І РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Вступ. Зворотні порушення функції хребцево-рухових сегментів (ХРС) або функціональні блоки, які виникають при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта, об'єктивно можуть реєструватися як клінічними так і інструментальними методами. Дискогенне блокування, обумовлене шийним остеохондрозом, залежить від патологічної імпульсації із уражених міжхребцевих дисків. В основі артрогенних блокувань лежить защемлення суглобовими відростками дублікатури капсули суглобів, а також фрагментів суглобового хряща при спонділоартритах. М'язові блокування залежать від патологічної імпульсації із різних внутрішніх органів і самих м'язів при їх захворюваннях. Рефлекторне напруження м'язів безумовно, є обов'язковим компонентом дискогенних і артрогенних блоків. Відповідно, формується замкнуте коло, коли патологія хребта підтримує зміни в м'язах з подальшим формуванням патологічного рухового стереотипу; в свою чергу тригерні пункти сприяють створенню і підтриманню блокад суглобів хребта.

Мета дослідження. Нами для реабілітації хворих з неврологічними проявами дегенеративно-дистрофічних захворювань шийного відділу хребта у випадках резистентності до раніше проведеного лікувального комплексу (медикаментозна, фізична терапія, масаж, грязеві аплікації, бальнеотерапія та ін.) використовувалася аурикулярно-мануальна рефлексотерапія. Вибір метода рефлексотерапії (аурикулярної, аурикулоелектропунктури, аурикулярної мікроголкутерапії або поєднання їх), а також рецептури точок проводили строго індивідуально на основі етіології, патогенезу і клініки захворювання, врахування психоемоціональної і загальної

реактивності хворого, даних клінічного та інструментального обстеження.

Матеріали і методи дослідження. Аурікулярну рефлексотерапію ми використали для лікування 38 хворих з приводу дискогенних блокувань ХРС, 28 хворих з артрогенними блокуваннями і 46 хворих з рефлексогенними міогенними блокуваннями, обумовленими паталогічною інтеро- та екстероцептивною імпульсацією. Диференціальний діагноз між вказаними формами блоків ґрунтували на використанні МРТ, КТ, Rtg – графії, ортопедичних, неврологічних і клінічних співставленнях та проявах захворювання.

Для діагностики міогенних блоків вирішальне значення мало джерело патологічної імпульсації (захворювання внутрішніх органів і м'язів), виключення шийного остеохондрозу і патології суглобів хребта, молодий вік пацієнтів, інтермітуюче протікання і незначно виражені порушення динамічних функцій шийного відділу хребта.

При артрогенних блокуваннях відмічається їх часте виникнення після різких, некоординованих рухів головою, фізичного навантаження, або навпаки, після сну, переважно з однієї сторони з типовим положенням голови у виді повороту або нахилу її в протилежну сторону, локальна болючість при пальпації блокованого сегменту. Відмічаються аксіальне розкриття суглобової щілини, інкогруентність, нерівність суглобних відростків, гострота появи і раптовість зникнення.

Для дискогенних блокувань, які добре було видно на МРТ-грамах, КТ-грамах, відмічався цілий ряд рефлекторних міотонічних, дистрофічних або ангіопатичних синдромів шийного остеохондрозу. Больовий синдром посилювався при осьовому навантаженні на хребет, пальпації міжхребцевого диску через парафарингеальний простір.

Результати обговорення. Прийоми мануальної терапії (МТ) використовували диференційовано в залежності від характеру блокування і больового синдрому. При рефлекторних міогенних блокуваннях достатньо ефективними були аурікулотерапія та постізометричне розслаблення м'язів шії.

При аурікулодіагностиці у таких хворих, крім так званих точок «локуса», виявляються точки, які відповідають центрам регуляції тих

або інших внутрішніх органів. Залишається неясним, чи ураження внутрішніх органів є первинним чи вже наявні дегенеративно-дистрофічні зміни хребетного сегмента привели до вегетативно-іритативних проявів зі сторони внутрішніх органів. У таких хворих в зв'язку з больовим синдромом використовувався гальмівний метод дії (від 4 до 7 голок, експозиція 30 хвилин). Враховуючи міжпівкульові взаємовідношення і можливість впливати на різні відділи іпси- і контрлатеральної півкулі мозку з периферичних аферентів однієї вушної раковини, протягом однієї процедури стимулювали точки акупунктури тільки однієї вушної раковини. Першу процедуру ми починали з вушної раковини іпсилатерально стороні больового синдрому. В процесі лікування сторони дії міняли в співвідношенні 2:1, а по мірі регресування симптомів переходили на співвідношення 1:1.

При артрогенних блокуваннях в прийомі МТ обов'язково включали тракцію шийного відділу (для розширення суглобової щілини і натягування капсули суглобів), локальну дію на остисті відростки в поєднанні з дозованими ротаціями і нахилами голови (для ліквідації защемлення між суглобовими відростками дублікатури капсули суглобів, дискоїдів, вільних хрящевих фрагментів. Ми використовували спосіб дії з допомогою важелів, із захоплення голови хворого «петлею», коли його підборіддя розташовується в ліктьовому згині зігнутої руки лікаря. Застосовували також витяг шиї з допомогою петлі Гліссона, яка надівалася на голову хворого, а лямки від неї зав'язувалися за спиною лікаря, (якщо хворий лежав на спині з високим валиком під плечами) або за шиєю лікаря (якщо пацієнт сидів) і випрямленням тулуба витягували шию пацієнта. При аурікулопунктурі частіше всього використовували точки шийного відділу хребта, шень-мень, точку голови і точку таламуса, сенсорну точку і точку наднирників з двох сторін. Голкотерапія сприяла розслабленню контрактур і нормалізації м'язового тону.

У хворих з дискогенними блокуваннями ХРС після тракції здійснювали нахил і легкий поворот голови в протилежну від блокування сторону і далі не ослаблюючи тракції проводили енергійний, але не грубий поворот голови в сторону блокованого суглобу. Після маніпуляцій, відновлювали тракцію, проводили легкі ротації шиї. Обов'язково накладали ватно-марлевий комірці типу

Шанца в положенні легкого розгинання шії. Аурікулоakupунктуру здійснювали прямокутними імпульсами змінної полярності на точки підвищеної електропровідності в алгічній зоні; параметри діючого струму: частота подачі імпульсів від 200 до 2 Гц (яка знижувалася в процесі сеансу і курсу лікування), амплітуда струму від -30 до 200 мкА. Міогенні блокування шийних хребцевих сегментів легко усувалися з допомогою аурікуло-мануальної рефлексотерапії. Ми звернули увагу, що хворі з багаточисленними блокуваннями погано переносять тракцію хребта і локальну дію на уражений сегмент. Хворі охоче навчалися прийомам ізометричного розслаблення м'язів і самі користувалися ними при рецидивах цервікалгій.

Наші спостереження свідчать, що аурікуло-мануальна рефлексотерапія артрогенних блокувань ефективна при використанні маніпуляцій в поєднанні з тракцією і локальною дією на остистий відросток нижчележачого хребця. У всіх 28 хворих відмічено зникнення болю, тоді як до застосування цих прийомів блокування зберігалися. Менш ефективною аурікуло-мануальна рефлексотерапія була при дискогенних блокуваннях. Лише у 13 із 46 хворих больовий синдром пройшов. У інших 33 пацієнтів спостерігався різний ступінь зменшення болю і збільшення об'єму руху в блокованих ХРС.

Найбільш ефективною ця терапія виявилась при виражених шийних прострілах, найменш ефективною при поєднанні блокувань з множинним нейроостеофіброзом.

Висновки. Аурікулологотерапія і мануальна терапія впливають на різні патогенетичні рівні дегенеративно-дистрофічних захворювань шийного відділу хребта, тому застосовувати їх потрібно комплексно, спочатку для розслаблення скорочених м'язів і зняття больового синдрому – аурікулологотерапію, а потім всю різноманітність контактних і дистантних маніпуляцій в поєднанні з мобілізацією шії та іншими методами лікування, враховуючи різні блокування шийних хребцево-рухових сегментів.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ У ВЕДЕННІ РЕКУРЕНТНОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Вступ. Гостра патологія органів дихання є однією з найпоширеніших у дитячому віці. Однак, вона може мати здатність не лише до високої частоти, ускладненого перебігу, але й до рецидивного характеру, зокрема гострі обструктивні бронхіти. Бронхообструктивний синдром (БОС) у практиці сімейного лікаря став поширеною та «звичною» ситуацією. Дійсно, він часто спостерігається у дітей перших років життя, здебільшого на тлі гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), частота яких теж дуже варіабельна і залежить від групи факторів. Загалом рецидивний БОС (або wheezing) спостерігається у 29,3% дітей. За даними вітчизняної статистики, у 56% дітей після першого БОС виникають повторні напади. У 54% випадків повторні напади БОС зникають після 4-річного віку, а у 37% — ще пізніше. Результати європейських досліджень теж звертають увагу на те, що приблизно у 50% дітей першого року життя був, принаймі, один епізод БОС; при цьому він зустрічається переважно у перші 5–6 років життя. Однак при виникненні вже першого епізоду БОС слід встановити його причину, що визначить склад і обсяг терапії. Проблема набуває особливого значення в умовах пандемії COVID-19, коли існує реальна потреба зменшити відвідування дітьми лікувальних закладів, активне використання сучасних засобів комунікації покликано оптимізувати діагностично-лікувальний процес.

Мета дослідження. Вивчити сучасні підходи до ведення рекурентного БОС у дітей та запровадити ефективні методи раннього втручання в лікувальній тактиці.

Матеріали і методи дослідження. БОС і досі викликає стурбованість клініцистів, в тому числі і на предмет бронхіальної астми, труднощі диференційного діагнозу у дітей різного віку потребують ретельного аналізу наявної симптоматики. В окремих дослідженнях пропонують брати до уваги тривалість візінгу. Зокрема

ранній перехідний wheezing виникає на першому році життя, впродовж другого, на третьому - зменшується. У цих пацієнтів рідко буває еозинофілія у крові, обтяжений алергічний анамнез, натомість є група несприятливих чинників (паління, молодий вік матері, недоношеність, народження шляхом кесарського розтину, низький соціальний статус сім'ї, багатодітна сім'я, відвідування дитячого дошкільного закладу в ранньому віці), що вирізняють низьку функціональну спроможність легень.

Проміжний wheezing полягає у задишці у дітей віком від 18 до 42 місяців, яка пов'язана з атопією, алергічною сенсibiliзацією, гіперреактивністю бронхів, низькими показниками функції зовнішнього дихання.

Пізній wheezing здебільшого виникає у віці старше 42 місяців та утримується до 6 років. Результати шкірного алерготестування переважно позитивні; часто є супутній алергічний риносинусит.

Постійного характеру wheezing спостерігається у дітей, старших 6 місяців, клінічні симптоми схожі із бронхіальною астмою. Саме тому слід вирізнити *атопічний і неатопічний фенотип*. У випадку *неатопічного* бронхообструкція викликана здебільшого вірусами (вірусасоційований wheezing): респіраторносинцитіальний, риновірус, грип, парагрип, коронавіруси, аденовіруси, а також хламідіями або мікоплазмами. При цьому у дітей перших двох років причиною постійного wheezing частіше є респіраторносинцитіальний вірус, а у старших — риновірус. *Атопічний* фенотип wheezing проявляється на другому році життя, є IgE-залежним, утри мується впродовж дитинства. Факторами, що визначають важчий перебіг, є: чоловіча стать, обтяжений генетичний анамнез, еозинофілія крові на першому році життя, висока сенсibiliзація до харчових та інгаляційних алергенів, особливо до кліщів домашнього пилу.

Результати й обговорення. Рекурентні БОС в умовах пандемії COVID-19 вирізняє складність консультування хворих, направлення до профільних пацієнтів. З метою обмеження контактів та надання вчасної допомоги, слід запроваджувати міжнародні підходи, а саме стратегію раннього втручання. А тому, в дітей із повторними БОС слід звертати увагу на наступні клінічні ознаки: тривалість симптомів на тлі інфекції дихальних шляхів понад 10 днів, з частотою 2–3 рази

на рік; погіршення стану дитини, у тому числі вночі; у проміжку між періодами БОС може турбувати нерегулярний кашель, який провокується емоційним або фізичним навантаженням. Усе це посилює цілеспрямовану увагу на предмет ймовірної бронхіальної астми.

У випадку, коли епізоди «свистячих хрипів» спостерігаються впродовж року тричі або частіше, існує певний ризик виникнення бронхіальної астми. У такій ситуації лікар первинної ланки керується наступними положеннями:

- діагностована лише еозинофілія: ймовірність бронхіальної астми дуже низька, слід виключати інші причини;

- поодинокі ізольовані симптоми (атопічний дерматит, або бронхіальна астма у батьків, або у дитини алергічний риніт чи прояви харчової алергії, або «свистяче дихання» спостерігається поза проявами ГРВІ) : ймовірність бронхіальної астми висока;

- поєднання двох або більше симптомів: ймовірність бронхіальної астми висока.

Зручним для практичного лікаря є застосування доступного клінічного індексу - asthma predictive index (наказ МОЗ України №868 від 08.10.2013 року; GINA-2020), щоб за його результатами визначитись із попереднім діагнозом. За наявності трьох і більше епізодів БОС протягом року у поєднанні з: одним (із двох) великим або двома (із трьох) малими факторами лікар загальної практики має підстави розпочати пробну протизапальну терапію. З цією метою призначають курс антилейкотрієновими препаратами (монтелукаст) у хворих, старших двох років, тривалістю три місяці у вікових дозах, з наступною обов'язковою консультацією алерголога. Пробна протизапальна терапія в динаміці виступає критерієм «за» або «проти» діагнозу бронхіальної астми, що дозволить покращити ранню діагностику.

Запровадження asthma predictive index в щоденну практику дає можливість суттєво знизити частоту візитів дитини до лікаря, підвищити своєчасну діагностику, зменшити кількість необґрунтованих направлень до вузьких спеціалістів, покращити якість життя дитини.

Висновки. Висока частота БОС у дітей, особливо перших п'яти років життя, акцентує увагу лікаря первинної ланки на своєчасність та повноту необхідних обстежень з метою верифікації основного діагнозу. Необхідно запровадити обов'язковий діагностичний алгоритм (клінічне, параклінічне обстеження, у тому числі консультація профільних спеціалістів), що підвищить ефективність лікувальних заходів при БОС у дітей та покращить віддалені наслідки.

УДК 616.12-005.4-06-085(075.8)

Михайловська Н.С., Стецюк І.О.

*Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна
Кафедра загальної практики – сімейної медицини
та внутрішніх хвороб*

КОМБІНОВАНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ: АКЦЕНТ НА КЛІНІЧНУ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Вступ. В останній час з'явилися численні дослідження, що вказують на існування тісного зв'язку між судинним захворюваннями та патологією кісткової системи [1, 2, 3]. Дослідження продемонстрували існування зв'язку між багатосудинним атеросклеротичним ураженням судин, низькою мінеральною щільністю кісткової тканини та ризиком переломів кісток, особливо у жінок в постменопаузі [4]. Порівняно з особами з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ) у жінок з постменопаузальним остеопорозом (ПМОП) відзначається високий ризик патології серцево-судинної системи, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС) [4], оскільки чинниками цих захворювань є спільні фактори, такі як гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, оксидативний стрес, запалення, гіпергомоцистеїнемія тощо [5]. Наявність загальних патогенетичних механізмів прогресування

стимулює пошук препаратів, що одночасно впливають на стан МЦКТ та уповільнюють прогресування ІХС.

На сьогодні доведено, що азотовмісні бісфосфонати (золендронат, ризендронат, ібандронат, алендронат) блокують фермент фарнезилпірофосфатсинтетазу (FPPS) мевалонового шляху утворення холестеролу, а отже мають і гіполіпідемічну дію, що робить доцільним їх застосування у пацієнтів з поєднанням ІХС та ПМОП [6].

До перспективних методів лікування відносять введення екзогенного L-аргініну, який продемонстрував не лише вазопротекторну, гіпохолестеринемічну і антигіпертензивну активність, але і клінічно значущі біологічні ефекти, такі як стимуляція репаративних процесів, антиагрегантний та імуномодулюючий потенціал, а також протизапальну, антиоксидантну та антипроліферативну дії [7]. Також пероральне введення L-аргініну в фармакологічних дозах впливає на остеобласти за рахунок вивільнення гормону росту та інсуліноподібного фактору росту-1, а також стимулює синтез оксиду азоту - потужного інгібітору резорбції кісткової тканини. Пероральне застосування L-аргініну може бути новою стратегією в профілактиці і лікуванні остеопорозу [8].

Проте на сьогодні існують лише поодинокі літературні дані щодо комбінованого застосування L-аргініну та бісфосфонатів у жінок, у хворих на ішемічну хворобу серця, поєднану з постменопаузальним остеопорозом [9]. Тому, з метою розробки нових підходів до лікування цієї коморбідної патології, актуальним є оцінка клінічної ефективності запропонованої схеми терапії.

Мета дослідження: Оцінити клінічну ефективність комбінованої фармакотерапії препаратами екзогенного L-аргініну та натрію алендронату на тлі базисного лікування хворих на ішемічну хворобу серця, асоційовану з постменопаузальним остеопорозом.

Матеріали і методи дослідження

До подвійного відкритого, поперечного проспективного, моноцентрового клінічного дослідження в паралельних групах залучено 58 жінок у постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК, які мали ПМОП (вік 71

(65; 77) рік). Методом блокової рандомізації хворі були розподілені на дві групи: 1 група – 27 жінок, які отримували стандартну базисну терапію ІХС (згідно з наказом МОЗ України №436 от 03.07.2006 «Протокол надання медичної допомоги хворим з ішемічною хворобою серця: стабільною стенокардією напруження») та ПОМП (згідно з наказом МОЗ України №432 від 03.07.2006 р.); 2 група – 31 жінка, якій додатково до базисної терапії було призначено комбінацію натрію алендронату та L-аргініну гідрохлориду за схемою (натрію алендронат по 70 мг 1 раз на тиждень не менше ніж 3 місяці, та 4,2% розчин L-аргініну гідрохлориду внутрішньовенно крапельно по 100 мл 1 раз на добу протягом 7-10 днів стаціонарного лікування із наступним переходом на пероральне застосування по 5 мл (1 г) три рази на добу протягом 3 місяців).

Критерії включення в дослідження: наявність верифікованої стабільної стенокардії напруження II-III ФК; тривалість постменопаузального періоду у жінок більше 5 років, інформована згода на участь у дослідженні. Критерії виключення: захворювання, що індукують розвиток вторинного остеопорозу; артеріальна гіпертензія важкого ступеня, хронічна соматична патологія в стадії декомпенсації; онкологічні, психічні та системні захворювання; зловживання алкоголем, наркотична залежність.

Діагноз ІХС і функціонального класу стабільної стенокардії ґрунтувався на комплексному аналізі скарг, даних фізикального обстеження, результатах лабораторних та інструментальних досліджень згідно з Національними стандартами (Накази МОЗ України від 03.07.2006 №436, від 02.03.2016 №152 зі змінами від 23.09.2016 №994). Наявність постменопаузального періоду була констатована у випадку природної менопаузи, визначеної як постійне припинення менструального циклу, встановлене ретроспективно після того, як жінка мала аменорею протягом 12 місяців без будь-якої іншої очевидної патологічної чи фізіологічної причини.

Стан мінеральної щільності кісткової тканини оцінювали відповідно до критеріїв ВООЗ (1994). Ступінь порушення МЦКТ оцінювалась за T-критерієм (величина стандартних відхилень – SD від середніх значень «пікової кісткової маси») за допомогою методу ультразвукової остеоденситометрії на апараті «Omnisense 7000» з

використанням датчиків для фаланги пальця, променевої і великогомілкової кістки. Для оцінки 10-річного ризику розвитку остеопорозних переломів використовували алгоритм FRAХ.

Для дослідження ВСР використовували прилад «Кардіосенс К» (ХАІ МЕДИКА, Україна). Користувалися часовими та спектральними показниками, прийнятими Робочою групою Європейського товариства кардіологів по вивченню варіабельності серцевого ритму.

Двовимірну ехокардіоскопію і імпульсно-хвильову доплерографію проводили за допомогою ультразвукового сканера «Esaote MyLab 50 Xvision» за загальноприйнятою методикою відповідно до рекомендацій ASE / EAE (2011 р.). Оцінку типів ремоделювання ЛШ проводили за класифікацією А. Ganau et al. (1992). Кількісна та якісна характеристика стану комплексу інтіма-медіа (КІМ) загальних сонних артерій (ЗСА) оцінювалась за допомогою ультразвукової візуалізації в В-режимі. Збільшення товщини КІМ понад 0,9 мм розглядалося в якості маркера атеросклеротичного ураження судин.

Визначення вмісту біомаркерів у сироватці крові виконувалося на базі Навчального медико-лабораторного центру Запорізького державного медичного університету (директор – д.мед.н., професор А. В. Абрамов) на імуноферментному повноплашковому аналізаторі «SIRIO S» (Італія). Дослідження рівня остеокальцину проводили за допомогою набору реактивів виробництва фірми Immudiagnostic systems limited (Великобританія), остеопротегерину – набору реактивів виробництва фірми Bender MedSystems GmbH (Австрія), ВЕФР-А – набору реактивів виробництва фірми eBioscience, An Affymetrix Company (США), гомоцистеїну – набору реактивів виробництва фірми Axis-Shield (Великобританія).

Статистичну обробку результатів проводили методом варіаційної статистики за допомогою програми «Statistica 13.0» (Stat Soft Inc, США, №JPZ8041382130ARCN10-J) за загальноприйнятою методикою. Характер розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро-Уїлка. Кількісні ознаки представлені у вигляді $M \pm m$ (середнє арифметичне \pm стандартна похибка середнього арифметичного) або Me (Q25; Q75) (медіана, 25 і 75 перцентіль) залежно від виду розподілу даних. При нормальному

розподілі достовірність відмінностей оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних та залежних вибірок. При розподілі, що відрізняється від нормального, використовували непараметричні критерії: U-критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок та критерій Вілкоксона – для залежних вибірок. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати й обговорення:

За результатами добового моніторування ЕКГ через 3 місяці спостереження у хворих 1-ої групи спостерігалось достовірне зменшення кількості епізодів надшлуночкової екстрасистоїї за добу (на 11,54%; $p < 0,05$).

У пацієнтів, які додатково отримували на тлі базисної терапії натрію алендронат та L-аргінін, в динаміці лікування спостерігалось достовірне зменшення кількості епізодів тахікардії за добу в 1,8 рази (24 еп./добу проти 43 еп./добу; $p < 0,05$), загальної кількості вентрикулярних екстрасистол за добу – в 2 рази (16,5 еп./добу проти 33 еп./добу; $p < 0,05$), та суправентрикулярних на 34,52% порівняно з початковим рівнем (42 еп./добу проти 56,5 еп./добу; $p < 0,05$).

У хворих 2-ої групи, в порівнянні з хворими 1-ої групи, після лікування відмічали менше епізодів шлуночкової та надшлуночкової екстрасистоїї у 1,5 (16,5 еп./добу проти 24,5 еп./добу; $p < 0,05$) та 1,24 рази (42 еп./добу проти 52 еп./добу; $p < 0,05$) відповідно порівняно з хворими 1-ої групи.

У хворих, які отримували тільки базисну терапію, спостерігали достовірне зниження співвідношення LF/HF в пасивному періоді (на 50%; $p < 0,05$).

Через 3 місяці лікування у пацієнтів, які отримували натрію алендронат та L-аргінін, було виявлено достовірне зниження показника LF (на 54,69%; $p < 0,05$) та достовірне зниження співвідношення LF/HF (на 41,18%; $p < 0,05$) в активному періоді. В пасивному періоді спостерігалось достовірне збільшення показника HF (на 73,71%; $p < 0,05$) та зниження співвідношення LF/HF (на 30,77%; $p < 0,05$) за рахунок вірогідного зменшення вкладу симпатичної складової та підвищення активності парасимпатичної.

У хворих 2-ої групи, порівняно з хворими 1-ої групи, через 3 місяці лікування було виявлено достовірне зниження показника LF на

53,97% в активному періоді та на 87,26% у пасивному періоді ($p < 0,05$), а також достовірно більше зростання HF в пасивному періоді (на 19,14%; $p < 0,05$). Отримані результати також підтверджують дані Kirchmayer U. (2019) про зниження частоти аритмічних порушень та загального серцево-судинного ризику при застосуванні бісфосфонатів у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями [10].

За основними структурно-функціональними показниками серця у хворих 1-ої групи через 3 місяці лікування достовірних змін досліджуваних параметрів не виявлено. У динаміці спостереження через 3 місяці лікування у хворих 2-ої групи виявлено достовірне зменшення товщини КІМ правої ЗСА на 7,95% (0,88 мм проти 0,95 мм; $p < 0,05$), розмірів ЛП на 16,83% (3,86 см проти 4,51 см; $p < 0,05$) та тенденцію до зменшення товщини КІМ лівої ЗСА, ІЖМ ЛШ, розмірів ПШд та ППд порівняно з початковим рівнем. Зміни інших показників структурної перебудови серця у пацієнтів обох груп впродовж лікування не досягли рівня статистичної значущості.

При порівнянні показників структурно-функціонального стану у двох групах через три місяці лікування було виявлено достовірне менше значення товщини КІМ правої ЗСА на 5,68% (0,88 мм проти 0,93 мм; $p < 0,05$), розмірів ЛП – на 6,22% (3,86 см проти 4,10 см; $p < 0,05$) у групі, що отримувала базисну терапію із включенням натрію алендронату та L-аргініну порівняно з хворими, що отримували лише базисну терапію. Отримані дані збігаються з роботами Safarelli C. (2017), яка довела позитивний вплив амінобісфосфонатів на товщину КІМ у жінок з постменопаузальним остеопорозом за рахунок впливу на еластичність судинної стінки та показники ліпідного спектру [11]. Отримані результати можна пояснити також тим, що під дією L-аргініну зменшується адгезія елементів крові до стінки судин, прояви окислювального стресу, відбувається розслаблення судин та попереджується розвиток атеросклеротичних бляшок [8].

За показниками трансмітрального кровотоку статистично достовірної різниці під впливом лікування, а також при порівнянні двох груп через 3 місяці лікування виявлено не було.

Динаміка концентрації біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання у хворих на ІХС із супутнім ПМОП під впливом комбінованої терапії із додаванням натрію алендронату та L-аргініну наведена в табл. 1.

Таблиця 1

Динаміка концентрації біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання у хворих на ІХС із супутнім ПМОП під впливом комбінованої терапії із додаванням натрію алендронату та L-аргініну, Me (Q25; Q75)

| Показник, одиниці виміру | 1 група Базисна терапія (n=27) | | 2 група Базисна терапія із включенням натрію алендронату та L-аргініну (n=31) | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| | До початку лікування | Через 3 місяці | До початку лікування | Через 3 місяці |
| Остеокальцин, нг/мл | 26,40 (14,81; 36,99) | 33,13 (26,47; 35,67) | 30,23 (22,61; 35,30) | 26,48 (22,97; 27,68) # |
| Остеопротегерин, пг/мл | 230,10 (203,04; 342,10) | 231,08 (183,79; 400,24) | 243,20 (214,50; 466,05) | 121,86 (69,23; 273,96) * # |
| ВЕФР-А, пг/мл | 160,02 (82,30; 340,91) | 148,95 (98,56; 193,01)* | 154,33 (105,86; 229,41) | 109,98 (76,92; 137,45) * # |
| Гомоцистеїн, ммоль/мл | 14,26 (13,08; 16,23) | 12,46 (11,84; 13,88) | 13,63 (12,81; 14,60) | 12,31 (11,84; 12,91)* |
| Примітка 1. * – вірогідність різниці показників порівняно з початковим рівнем біомаркера ($p < 0,05$); Примітка 2. # – вірогідність різниці показників в 1 та 2 підгрупах через 3 місяці лікування ($p < 0,05$). | | | | |

У хворих 2-ої групи спостерігалось зниження рівня ВЕФР-А на 40,33% ($p < 0,05$) та рівня гомоцистеїну на 10,72% ($p < 0,05$) через 3 місяці терапії. Рівень остеопротегерину достовірно знизився у 2 рази ($p < 0,05$), а також тенденція до зниження рівня остеокальцину. У пацієнтів з ІХС та ПМОП, які отримували лише базисну терапію, під впливом лікування спостерігалось достовірне зниження рівня ВЕФР-А (на 7,43%; $p < 0,05$), а також тенденція до зниження рівня

гомоцистеїну. У хворих 2-ої групи через 3 місяці терапії, порівняно із хворими 1-ої групи, вірогідно нижчими були рівні остеокальцину та ВЕФР-А на 25,11% та 35,43% відповідно ($p < 0,05$). Також при порівнянні рівня біомаркерів у двох групах через 3 місяці лікування спостерігалось зниження рівня остеопротегерину в 1,9 рази у хворих, які отримували комбінацію натрію алендронату та L-аргініну додатково до базисної терапії. Вказані зміни рівнів кісткових біомаркерів можна пояснити інгібуючим впливом азотовмісних бісфосфонатів на остеокласти. Також на сьогодні існують експериментальні дослідження [12], які підтверджують антирезорптивні ефекти L-аргініну за рахунок зниження рівня біомаркерів кісткового ремоделювання, що підтверджує нашу думку щодо захисного впливу донаторів NO на стан кісткової тканини. Також Klawitter J. та співавт. (2017) у своєму дослідженні вказують на вплив L-аргініну у якості донатора оксиду азоту на стан ендотелію та рівень біомаркерів ендотеліальної дисфункції [13].

Висновки:

1. Включення до базисної терапії натрію алендронату та екзогенного L-аргініну сприяє достовірному зменшенню кількості та тривалості епізодів тахікардії протягом доби, шлуночкових і надшлуночкових екстрасистол, збільшення загальної потужності ВНС та нормалізації симпато-парасимпатичного балансу у хворих на ІХС, що перебігає на тлі ПМОП

2. Запоропонована фармакологічна комбінація у хворих на ІХС, асоційовану з ПМОП, сприяє достовірному зменшенню товщини КІМ ЗСА, розміру ЛП та більш значному зменшенню індексу жорсткості міокарда порівняно з традиційною схемою лікування.

3. У хворих на ІХС та ПМОП, що отримували комбіновану терапію, спостерігалось достовірне зниження рівнів біомаркерів остеорепарації та кісткової резорбції (остеопротегерин, остеокальцин), а також біомаркерів ендотеліальної дисфункції та судинного ремоделювання (гомоцистеїн, ВЕФР-А).

Список використаної літератури:

1. How to assess comorbidity of patients suffering from hip fracture associated with osteoporosis and subsequent hip replacement. Golovach I.Yu., Zazirniy I.M., Turovskaya T.V. et al. *Osteoporosis International*. 2018. Vol. 29. P. S199-S199.

2. Mykhailovska N.S., Stetsiuk I.O. The indicators of the bone tissue mineralization abnormalities in women with coronary artery disease in the post-menopausal period. *Патологія*. 2018. Т.15, №2(43). С.136–141.
3. The interrelationship of the bone and cardiovascular remodeling biomarkers and clinical peculiarities of coronary artery disease in postmenopausal women. Mykhailovska N.S., Stetsiuk I.O., Kulynych T.O. et al. *Reumatologia*. 2020. Vol. 58(3). P.142–149.
4. Мітченко О.І., Ілюшина Г.Я. Рання менопауза як специфічний фактор серцево-судинного ризику в жінок. *Український кардіологічний журнал*. 2016. №3. С.85–90.
5. Головач І.Ю. Современная стратегия диагностики и долговременного лечения постменопаузального остеопороза. *Український ревматологічний журнал*. 2018. №2 (72). С.9-16.
6. Поворознюк В.В. Остеопороз: від ранньої діагностики до ефективного лікування. *Кардіологія, Ревматологія, Кардіохірургія*. 2019. №6 (67). С.25.
7. Березин А.Е. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии сердечно-сосудистых заболеваний: перспективы фармакологической коррекции донаторами оксида азота. *Український медичний часопис*. 2015. С. 1-5.
8. Свиридова Н.К., Жгільова Н.О. Використання L-аргініну при лікуванні коморбідної патології у неврологічних хворих. *Східно-європейський неврологічний журнал*. 2017. №1(13). С.4-8.
9. Клінічна ефективність застосування L-аргініну у хворих з ішемічною хворобою серця та метаболічним синдромом. Михайловська Н.С., Стецюк І.О., Кулинич Т.О. та ін. *Сімейна медицина*. 2019. №2 (82). С.59-65.
10. Bisphosphonates and cardiovascular risk in elderly patients with previous cardiovascular disease: a population-based nested case-control study in Italy. Kirchmayer U., Sorge C., Sultana J. et al. *Therapeutic advances in drug safety*. 2019. P. 10-2042098619838138. <https://doi.org/10.1177/2042098619838138>
11. Bisphosphonates, atherosclerosis and vascular calcification: update and systematic review of clinical studies. Clinical interventions in aging. Caffarelli C., Montagnani A., Nuti R. et al. 2017. Vol.12. P.1819–1828. <https://doi.org/10.2147/CIA.S138002>
12. Potential Role of L-Arginine and Vitamin E Against Bone Loss Induced by Nano-Zinc Oxide in Rats. Journal of dietary supplements. Abdelkarem H.M., Fadda L.H., El-Sayed E.M. et al. 2018. Vol. 15(3). P. 300–310. <https://doi.org/10.1080/19390211.2017.1343889>
13. A relative L-arginine deficiency contributes to endothelial dysfunction across the stages of the menopausal transition. Physiological reports. Klawitter J., Hildreth K.L., Christians U. et al. 2017. Vol. 5(17). P. e13409. <https://doi.org/10.14814/phy2.13409>

Ільков О.В, Колесник П.О.

*Ужгородський національний університет,
медичний факультет №2, кафедра сімейної медицини
та амбулаторної допомоги.*

**ДОПОВІДЬ «МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ
З COVID-19 НА РІВНІ ПМСД В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ
РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ
У ПОРІВНЯННІ ЗІ СВІТОВИМИ СТРАТЕГІЯМИ»**

Актуальність. Поява нового збудника інфекційних хвороб SARS COVID-19 швидко спричинила виникнення епідемії, а згодом і пандемії у 2020. Наразі у світі накопичено достатньо описових даних щодо ведення пацієнтів з COVID 19, проте у багатьох країнах світу ще не чітко розроблено доказові протоколи для різних рівнів медичної допомоги. Тому цікавим є проведення порівняльного аналізу щодо ведення пацієнтів з коронавірусною інфекцією на рівні ПМСД у різних країнах.

Мета Проведення порівняльного аналізу схожих і відмінних рис у менеджменті пацієнтів COVID-19 на рівні ПМСД у різних країнах світу та в Україні.

Матеріали і методи. Дані експертів – сімейних лікарів з 9 країн світу щодо ведення хворих на COVID-19 на рівні ПМСД (що були представлені у вигляді відповідей на 5 питань на міжнародній конференції «Гаряча тема: COVID-19 і коморбідні стани в первинній медичній допомозі» 3-5 грудня 2020 року) та результати анкетування українських сімейних лікарів, яке проводилося методом онлайн-опитування.

Опитування українських сімейних лікарів проводилося шляхом анонімного анкетування у форматі Google-форм з листопаду до грудня 2020 року.

Результати: При аналізі доповідей міжнародних експертів і даних анкетування вітчизняних лікарів виявлено схожі риси у стратегіях лікування, діагностиці і стратегіях контролю за одужанням пацієнтів на рівні ПМСД: наприклад, оцінка стану пацієнта за допомогою пульсоксиметрії, визначення частоти дихання, проведення телефонного та відео-«тріажу» тощо. Однак певні стратегії у вітчизняній рутинній медичній практиці суттєво відрізнялися від

таких у веденні пацієнтів сімейними лікарями в світі (наприклад, широке використання антибіотиків, антикоагулянтів, а також багатьох інших додаткових засобів, часте необґрунтоване застосування КТ лікарями на первинній ланці відбувається лише в Україні рівні ПМСД, і не проводиться лікарями інших держав.

Висновки Порівняльний аналіз діагностики та лікування виявив як схожі (методі діагностики, оцінки стану пацієнтів) так і відмінні риси (гіпердіагностика і поліпрагмазія) у веденні COVID-19 в Україні, порівняно зі стратегіями світі.

Волошина О.Б., Саморукова В.В.

Одеський національний медичний університет

Кафедра загальної практики

**ЛЕКЦІЯ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ, ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ.
ТЕМА: «ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА В УМОВАХ
ПАНДЕМІЇ COVID -19»**

Актуальність теми: Захворювання, тавми, пологи та інші стани, які призводять до тимчасової втрати працездатності потребують проведення експертизи тимчасової непрацездатності з оформленням документів, які засвідчують втрату працездатності.

Пандемія на коронавірусну хворобу, внесла деякі зміни у нормативно-правову базу з питань експертизи тимчасової непрацездатності, та надалі вимагає змін з питань експертизи тимчасової непрацездатності, а саме встановлення чітких строків непрацездатності, наприклад в залежності від тяжкості перебігу хвороби, та впровадження реабілітаційного лікування з отриманням листка непрацездатності.

Нормативно-правова база з експертизи тимчасової непрацездатності:

1. Інструкція про порядок заповнення листка непрацездатності (Наказ МОЗ України, Міністерства праці та соц.політики України, Фон соціального страхування з тимчасової втрати працездатності,

Фонд соц. страхування від нещасних випадків на виробництві) №532/274/136-ос/1406 від 3.11.2003 р, зміни від 24.11.2006 р.

2. Наказ МОЗ України №455 від 13.11.2001 р. з «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

3. Наказ МОЗ України №882 від 06.12.2011 р. «Про внесення змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

4. Наказ МОЗ України №963 від 27.04.2020 р. №963 "Про затвердження Змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян"

5. Наказ МОЗ України №2593 від 11.11.2020 р. «Про внесення змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

6. Наказ МОЗ України №189 від 09.04.2008 р. «Про затвердження положення про експертизу тимчасової непрацездатності»

Тимчасова непрацездатність - це непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або з інших причин, що не залежить від факту втрати працездатності (пологи, карантин, догляд за хворим тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи. Тимчасова непрацездатність застрахованих осіб засвідчується листком непрацездатності [6].

Експертиза тимчасової непрацездатності (ЕТН) - це комплексна оцінка порушень функціонального стану організму та інших причин, якими вона обумовлена, що визначають факт тимчасової втрати працездатності, установлення строку непрацездатності, визначення клінічного та трудового прогнозу відповідно до встановленого діагнозу [6].

Страховий анамнез (експертний анамнез) - дані про випадки тимчасової непрацездатності, їх терміни та причини протягом останніх 12 місяців, дані щодо наявності групи інвалідності, перебування хворого у відпустці (черговій, без збереження заробітної плати, учбовій, у зв'язку з вагітністю і пологами, для догляду за

дитиною тощо), зміни умов праці, переведення на повний чи неповний робочий день, наявності шкідливих або небезпечних умов праці, професійних захворювань, перебування у відрядженні [6].

Листок непрацездатності видається:

– Громадянам України, іноземцям, особам без громадянства, які проживають в Україні і працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах і організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних представництвах та консульських установах.

– Особам, обраним на виборні посади до органів державної влади, місцевого самоврядування та інших органів, у тому числі громадських організацій.

– Членам колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.

– Особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок).

– Громадянам України, які постійно проживають на території України та працюють на умовах трудового договору (контракту) за межами України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають.

Право видачі листків непрацездатності надається:

– Лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

– Лікуючим лікарям стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України.

– Лікуючим лікарям туберкульозних санаторно-курортних закладів.

– Фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я.

– Лікуючим лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та лікарям, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці [2, 3].

Не мають права видачі листків непрацездатності:

● Лікарі:

- станцій (відділень) швидкої медичної допомоги;
- станцій переливання крові;
- закладів судово-медичної експертизи;
- бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік;
- будинків відпочинку;
- туристичних баз;
- зубопротезних поліклінік (відділень);
- санітарно-профілактичних закладів.

● Лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань [2,3].

Видача документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність здійснюється лікуючим лікарем (фельдшером) при пред'явленні паспорта чи іншого документа, який засвідчує особу непрацездатного і не може бути платною послугою в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності.

Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

На період проведення заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19), а також локалізацією та ліквідацією її спалахів та епідемій в Україні, відкриття листків непрацездатності може здійснюватися лікарем, що надає первинну медичну допомогу на підставі звернення та опитування хворого за допомогою засобів телефонного зв'язку або інтернет-телефонії з обов'язковим відповідним записом у медичній карті амбулаторного хворого, **зміни впроваджені під час пандемії COVID-19** [2, 4].

Листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в одному лікувально-профілактичному закладі, крім випадків доліковування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів. За наявності показань для подальшого лікування іншим лікувально-профілактичним закладом видається новий листок непрацездатності (довідка) як продовження попереднього [2,3].

Документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян України під час їх тимчасового перебування за межами держави, підлягають обміну на листок непрацездатності згідно з рішенням лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи роботи у разі:

- а) гострих захворювань і травм;
- б) загостренні хронічних захворювань;
- в) вагітності та пологів;
- г) оперативних втручань при невідкладних станах;
- г) лікування згідно з рішенням комісії МОЗ України з питань направлення на лікування за кордон [2,3].

Обмін здійснюється на підставі перекладених на державну мову та нотаріально засвідчених документів, які підтверджують тимчасову втрату працездатності під час перебування за межами України.

Іноземцям, які тимчасово перебувають на території України і не працюють на підприємствах, в установах і організаціях України, видається витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, де вказується термін тимчасової непрацездатності, якщо інше не передбачено міжнародними угодами. [2,3]

У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат" на підставі довідки з місця роботи про те, що за період тимчасової непрацездатності виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю не здійснювалась. [2,3]

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми

У разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності до відновлення працездатності або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК)

видається листок непрацездатності, що обраховується в календарних днях (к.д).

Порядок видачі ЛН при захворюванні

При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до **5 к.д.** з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до **15 к.д., (зміни впроваджені під час пандемії COVID-19)** [5].

Якщо непрацездатність триває понад **15 к.д.**, продовження листка непрацездатності до **30 днів** проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу, після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше **1 разу на 10 днів**, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК. В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше **1 разу на 20 днів** залежно від тяжкості перебігу захворювання [5].

У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем до **14 днів** та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності. Список таких лікарів затверджується щороку наказом органів охорони здоров'я [2,3].

Фельдшер, має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше **3 к.д.** з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

Листок непрацездатності у разі захворювання, травми, в тому числі й побутової, видається в день установаження непрацездатності, крім випадків лікування в стаціонарі.

Особам, які звернулися за медичною допомогою та визнані непрацездатними по завершенні робочого дня, листок непрацездатності може видаватись, за їх згодою, з наступного календарного дня.

Особам, не визнаним тимчасово непрацездатними, лікарем лікувально-профілактичного закладу видається довідка довільної

форми з позначкою про час звернення до лікувально-профілактичного закладу, а у випадку, коли працівник звертався в здоровпункт в нічну зміну, видається листок непрацездатності з часу звернення у здоровпункт до закінчення робочої зміни.

Тимчасово непрацездатним особам, направленим на консультацію, обстеження, лікування в лікувально-профілактичні заклади за межі адміністративного району, листок непрацездатності видається за рішенням ЛКК на необхідну кількість днів з урахуванням проїзду.

У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у порядку, встановленому спільним наказом МВС України, МОЗ України та Міністерства юстиції України від 24.02.95 N 114/38/15-36-18 "Про затвердження Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів" зареєстрованим Міністерством юстиції України 07.03.95 за N 55/591, видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем - згідно з рішенням ЛКК.

ВВ! Хворим на туберкульоз, психічні і венеричні захворювання листок непрацездатності видається лікарем відповідної спеціальності [2, 3].

Направлення хворого на доліковування в Реабілітаційні заклади

При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпосередньо із стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та

реабілітації з урахуванням проїзду, але не більше терміну, передбаченого п. 4.1 цієї Інструкції.

Особливості заповнення бланка ЛН.

У разі направлення хворого з лікувально-профілактичного закладу до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу на доліковування у графі ЛН "Стати до роботи" здійснюється запис "доліковування в санаторно-курортному закладі" і вказується дата початку путівки. У графі "Видано новий листок непрацездатності (продовження) N" зазначається номер нового ЛН, який заповнюється в стаціонарі або в денному стаціонарі закладу охорони здоров'я на період доліковування. У графі "Причина непрацездатності:" нового ЛН підкреслюється "захворювання загальне - 1"; у графі "Режим" вказується "санаторний", у графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" вказується дата початку путівки. В правому верхньому кутку ЛН ставиться печатка закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

Подальше оформлення ЛН здійснюється в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу. У графі "Перебував у стаціонарі" зазначаються дати госпіталізації та виписки з реабілітаційного відділення; у графі "Звільнення від роботи" у другому стовпчику "До якого числа включно" вказується дата виписки; у графі "Стати до роботи" літерами пишуть число і місяць, коли стати до роботи, зазначаються посада, прізвище лікаря та завідувача реабілітаційного відділення, їх підписи, що засвідчуються круглою печаткою санаторно-курортного закладу. У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "продовжує хворіти" [1].

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною

Для догляду за хворим членом сім'ї листок непрацездатності видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд.

Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до **3 днів**. Як виняток, залежно від важкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності - головного лікаря, але не більше **7 к.д.**

Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше **14 к.д.**, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

Якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України, видається довідка за формою, встановленою МОЗ України (ф. N 095/2-о)- «Довідка про тимчасове звільнення від роботи по догляду за хворою дитиною»[7]

Довідка про догляд за хворою дитиною видається до одужання дитини від гострого захворювання або досягнення ремісії у разі загострення хронічного захворювання.

Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною видається в кожному конкретному випадку окремо.

Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з попереднім) захворювання у першої дитини, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.

Якщо після виписки в дитячий дошкільний заклад або школу в дитини виникає ускладнення захворювання, за яким видавався листок непрацездатності та довідка і ЛКК визначає його як продовження першого захворювання, то про догляд за дитиною видається довідка [2, 3].

Листок непрацездатності не видається для догляду:

а) за хронічним хворим у період ремісії;

б) хворою дитиною в період щорічної (основної та додаткової) відпусток, відпустки без збереження заробітної плати, частково оплачуваної відпустки для догляду за дитиною до 3 років;

в) за здоровою дитиною на період карантину;

г) за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

Для догляду за хворим старше 14 років, який знаходиться на стаціонарному лікуванні, згідно з висновком ЛКК про необхідність індивідуального догляду, видається довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу [2, 3].

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем на підставі результатів досліджень лабораторних центрів Міністерства охорони здоров'я України [2,3].

На період перебування застрахованої особи в самоізоляції, обсервації, в тимчасових закладах охорони здоров'я (спеціалізованих шпиталях), у закладах охорони здоров'я, а також на самоізоляції під медичним наглядом у зв'язку з проведенням заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 року N 211 "Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2", крім хворих осіб, листок непрацездатності видається лікуючим лікарем на строк, визначений законодавством та галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я, *(зміни впроваджені під час пандемії COVID-19)* [4].

Особливості заповнення бланка ЛН

У разі медичного нагляду за особами, які були в контакті з хворими на інфекційні захворювання, та бактеріоносіями в графі "Причина непрацездатності:" підкреслюється "контакт з хворими на

інфекційні захворювання та бактеріоносійство - б", у графі "Режим:" - "домашній" [1]

Інші документи, які підтверджують факт непрацездатності:

– «Довідка про тимчасове звільнення від роботи по догляду за хворою дитиною», форма №095/2-о)- [8], яка видається, якщо дитина продовжує хворіти, то особі, яка здійснює догляд за хворою дитиною, після закінчення максимального терміну листка непрацездатності, передбаченого законодавством України.

– «Довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад", форма №095/о [7], якою підтверджується непрацездатність при захворюванні студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів.

– Довідки довільної форми

Отже не дивлячись на зміни, з питань тимчасової непрацездатності, які відбулись у 2020 році та відображено в останніх Наказах МОЗ № 963 від 27.04.2020, № 593 від 11.11.2020, в практиці сімейного лікаря залишається не вирішеним питання встановлення строків тимчасової непрацездатності, в тому числі при коронавірусній інфекції, особливо залежно від важкості перебігу хвороби, та необхідне впровадження реабілітаційного лікування з видачею листа непрацездатності з оплатою останнього Фондом Соціального страхування, на державному рівні.

Рекомендована література:

1. Інструкція про порядок заповнення листка непрацездатності (Наказ МОЗ України, Міністерства праці та соц.політики України, Фон соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соц. страхування від нещасних випадків на виробництві) №532/274/136-ос/1406 від 3.11.2003 р, зміни від 24.11.2006 р
2. Наказ МОЗ України №455 від 13.11.2001 р. «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.
3. Наказ МОЗ України №882 від 06.12.2011 р. «Про внесення змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

4. Наказ МОЗ України №963 від 27.04.2020 №963 "Про затвердження Змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян"
5. Наказ МОЗ України №2593 від 11.11.2020 "Про затвердження Змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян"
6. Наказ МОЗ України №189 від 09.04.2008 р. «Про затвердження положення про експертизу тимчасової непрацездатності»
7. Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення що використовуються у закладах охорони здоров'я»;
8. Наказ МОЗ України №527 від 28.07.2014 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню»

Боровик І.О.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

ЕФЕКТИВНА КОМУНІКАЦІЯ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Реалії сьогодення ставлять перед лікарем нові виклики, які нерідко змушують його шукати вирішення чергових незнайомих проблем. Знання, отримані у ВНЗ допомагають добре орієнтуватись в нозологіях, обґрунтовувати діагноз та призначати лікування, але часто не дають можливості відповісти на усі запитання, з якими зустрічається лікар на практиці. В час доступності до інформаційних ресурсів кожен допитливий пацієнт, його родичі можуть отримати інформацію про захворювання та можливі варіанти лікування. Нерідкими є ситуації, коли особи, прочитавши кілька сумнівних блогів, вказують медику, як вчиняти в тій чи іншій ситуації. У зв'язку з цим між лікарем і пацієнтом виникає багато непорозумінь, які призводять до утруднення його роботи, збільшують ймовірність конфліктних ситуацій через погано налагоджений контакт з хворим та погіршують результати лікування, а також з часом можуть стати причиною емоційного вигорання спеціаліста. Лише знання та вміння використовувати в своїй професійній діяльності навичок комунікації допоможуть лікареві знайти правильний вихід із скрутного

становища, вирішити складну дилему, залишатись емоційно стабільним. У лікарській практиці провідних систем охорони здоров'я у всьому світі емоційний інтелект і комунікативні навички відіграють надважливу роль. Саме ці риси дуже часто визначають рівень якості та позитивний результат роботи медика.

Комунікативні навички (communication skills) — це здатність людини взаємодіяти з іншими людьми, адекватно інтерпретуючи отримувану інформацію, а також правильно її передаючи. Один із головних принципів сучасної загальної лікарської практики - це людиноорієнтований підхід. Цей принцип передбачає повагу до пацієнта, спільне вироблення рішення щодо діагностичних чи лікувальних заходів, бачення потреб та проблем особистості в цілому, що є найважливішим та найсуттєвішим у досягненні позитивного результату в процесі діагностики та лікування.

Протягом століть спілкування лікаря з хворими зводилась до сухого, регламентованого тогочасними уявленнями і догмами інформативного обміну симптоми – призначення. Найчастішою і найбільш прийнятною формою комунікації між лікарем і пацієнтом була сакральна модель спілкування, коли лікар виступає у ролі всесильного «батька», який все знає і повністю бере на себе відповідальність за лікувальний процес, а пацієнт -«дитини», котра має безапеляційно виконувати усі вказівки свого батька, схиляючись перед його мудрістю.

З часом сформувались ще такі моделі спілкування між лікарем і пацієнтом, як технічна чи інженерна, коли лікар виконує свої обов'язки професійно, але безпристрасно, сприймаючи пацієнта, як механізм, який потрібно полагодити і контрактна, коли лікар укладає з пацієнтом негласний чи офіційний договір про лікування, але рішення приймає сам, лише обґрунтовуючи їх пацієнту. Останнім часом в тренді так звана колегіальна модель спілкування, коли і лікар і пацієнт стають так би мовити колегами в боротьбі проти хвороби і пацієнт відіграє у цій боротьбі активну роль. Кожна з цих моделей може мати місце в сучасній медичній практиці. Інколи хворі не хочуть вникати в подробиці патології, повністю довіряються медику в питаннях лікарської тактики і тоді актуальною стає технічна модель. В умовах, коли має місце укладення страхового договору найбільш прийнятною є контрактна форма спілкування між лікарем і пацієнтом.

В геронтологічній, психіатричній, педіатричній практиках, а також при наданні невідкладної допомоги лікарю інколи доводиться використовувати сакральну модель спілкування.

Та, в час, коли медицина стає все більш людиноцентрованою актуальною є колегіальна модель спілкування. Пацієнти все частіше ретельно вникають в процес лікування, вивчають інформацію про свою хворобу, методи зцілення, побічні дії лікарських засобів і специфіку процедур. Колегіальна модель спілкування між лікарем та пацієнтом має багато переваг. В першу чергу це те, що пацієнт надає більше інформації про свій загальний стан і сприяє постановці більш точного діагнозу, а також причетний до прийняття рішень, що в свою чергу призводить до кращої прихильності до лікування. Також він більш реалістичний в очікуваннях та більш задоволений в результатах лікування, що зменшує ймовірність конфліктних ситуацій. Велике значення має і те, що при таких відносинах особи стають більш відкритими в майбутніх своїх зверненнях за медичною допомогою. Колегіальна модель спілкування передбачає високий ступінь довіри і взаємоповаги між людьми. І коли трапляється прямо протилежна ситуація – пацієнт не в змозі чи не хоче вникати в деталі лікування – на передній план виходить вміння лікаря пояснити складні речі простою мовою і переконувати. Ключову роль у колегіальній моделі взаємин відіграє довіра, але не сліпа віра у всемогутність лікаря. Вона є дуже важливим компонентом для всього діагностично- лікувального процесу, особливо при важких захворюваннях, коли від правильно обраної стратегії залежить життя людини. Основним завданням лікаря є завоювати цю довіру. Компетентність, авторитетність, чесність, поєднана із делікатністю і емпатією, хороші комунікативні якості – це ті особистісні риси лікаря, які вибудовують довірливі стосунки між ним і пацієнтом. Успішна комунікація між лікарем і пацієнтом складається з підтримки, поваги, розуміння і співчуття. Без них неможливі хороші відносини загалом між людьми, а тим більше в процесі лікування. Пацієнту важливо відчувати підтримку від свого лікаря, його небайдужість і бажання допомогти. Вона дає пацієнту відчуття впевненості та бажання брати активну участь в одужанні. Кожна людина унікальна і повага до цієї унікальності, до особистості пацієнта, стає запорукою успішного спілкування та лікування.

Велике значення має і повага до почуттів пацієнта, вияв емпатії. Емпатія як здатність – це вміння осягати душевний стан, переживання іншої людини, розуміти її емоційну мову, відгукуватися на психологічний стан. Також це інтуїтивне розуміння психологічного настрою, вміння перебрати на себе роль іншої людини, зрозуміти її приховані мотиви, душевне метушіння, ототожнення своїх почуттів з емоціями іншого і разом з тим усвідомлення їх винятковості, індивідуальності. Уважний погляд, уточнюючі фрази і навіть просте «Я вас розумію» значно полегшують спілкування, сприяють щирості, довірливості і в підсумку – хорошому результату лікування. Пацієнт потребує, щоб його не тільки вислухали, а й почули, проявили співчуття. Вислухати, покласти руку на плече або просто побути поруч кілька хвилин – ці прості дії можуть допомогти встановити глибокі довірливі стосунки із пацієнтом.

Технології ефективної комунікації

Шляхи, якими медичні працівники передають інформацію пацієнтам, так само важливі, як і інформація, що передається. Пацієнти, які розуміють свій стан, краще усвідомлюють свої проблеми зі здоров'ям, долучаються до лікування та змінюють своє відношення до лікування і поведінку. Отже, ефективна комунікація є надзвичайно важливою для усвідомлення захворювання та дотримання пацієнтом призначень лікаря. Встановлено основні елементи спілкування, які є основоположними в побудові відносин пацієнт-лікар. До них відносяться вербальне та невербальне спілкування, емпатія, продуктивний обмін інформацією, хороше взаєморозуміння, взаємовідносини, а також спільна та людиноорієнтована допомога.

Досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не осуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації, дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти

потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості.

Пацієнт хоче щоб його не тільки слухали, але й почули. Вид слухання, в якому на перший план виступає відображення, уточнення інформації називають **активним слуханням**.

Поради для активного слухання

– Познайомтесь з пацієнтом, якщо він прийшов до вас вперше. Представтесь і запитайте, як зручно до нього звертатись. Для встановлення контакту із пацієнтом, продемонструйте свою зацікавленість виразом обличчя і положенням тіла, умисно відвертаючись від комп'ютера чи медичної картки.

– Звернення на ім'я

– Задайте відкрите запитання типу «Чим я можу вам допомогти?», «Що змусило вас звернутись за медичною допомогою?»

– Підтримуйте зоровий контакт, невербальну зацікавленість (кивання головою). Зоровий контакт під час консультування важливий на початку прийому, в той час, коли ви повідомляєте важливу інформацію та при завершенні консультації.

– Подавайте співрозмовнику вербальні сигнали, що ви його слухаєте уважно, вставляйте короткі зауваження на кшталт "так, розумію", "хммм", "ага", "продовжуйте", "це має значення".

– Уважно стежте за настроєм та емоціями співрозмовника.

– Не перебивайте співрозмовника, дайте йому висловити свою думку до кінця. Згідно з науковим дослідженнями монолог пацієнта зазвичай триває менше ніж 90 сек. Навіть самі балакучі пацієнти не говорять довше ніж 2,5 хв.

– У випадку, коли пацієнт схвильований, мовчазний, закритий бесіду можете розпочати з короткої розмови («small talk»), «про погоду», це значно зменшить напругу.

Найважливішими технологіями ефективної комунікації є використання відкритих запитань, віддзеркалення (рефлексія), скринінг, підсумовування та інформування (табл. 1). Ці елементи протягом всього періоду консультування повторюються.

Основою як збору скарг та анамнезу, так і надання інформації є визначення думок чи переконань, побоювань та очікувань пацієнта. Цю техніку позначають аббревіатурою ICE (Idea, Concern, Expectation). Ідентифікуючи переконання, занепокоєння та сподівання пацієнта, ви

зможете отримати уявлення про те, як пацієнт зараз сприймає його ситуацію, про що він хвилюється та що очікує від консультації. Іноді може бути складно використовувати структуру ІСЕ таким чином, щоб це звучало природно під час консультації, тому нижче наведено запитання для висвітлення кожного з трьох пунктів.

Таблиця 1.

Базові навички консультування

| Навичка | Опис | Приклад |
|---------------------------|---|---|
| Відкриті запитання | Не можна відповісти так / ні Отримуємо інформацію, яку неможливо зібрати із закритих питань Дозволяє пацієнту розповісти свою історію | Замість того, щоб запитувати "Вас болить?" можна запитати "Як ви себе почуваете?", "Чим я можу Вам допомогти", "Що стало причиною Вашого звернення" |
| Рефлексія, віддзеркалення | Розуміння того, що пацієнт думає і відчуває і озвучення цього йому, з використанням фраз "Якщо я вас правильно зрозумів...", "Іншими словами" тощо). Констатація, а не запитання!!!! | Пацієнт - "Мене вже тривалий час турбує печія" Форма відображення лікарем - "Отже, якщо я вас правильно зрозумів, Ви вже звикли до того, що у Вас часто буває печія " |
| Скринінг | Процес перевірки, коротке повторення для пересвідчення в правильності розуміння і переходу від одного предмету обговорення до іншого. Можуть знадобитись додаткові відкриті запитання | Найпростіше "Що ще", для пацієнта, який намагається схуднути - "У вас є кілька причин, для схуднення; ви хочете більше спілкуватися з дітьми, ви хочете покращити стан свого здоров'я. З іншого боку, ви турбуєтесь про проблеми які виникнуть і про час, який це займе, і чи зможете ви дотримуватися цього. Це все підсумувало б? " |
| Резюме | Узагальнення, і погодження плану подальших дій. Складання плану наступної консультації | Лікар - "Ми плануємо провести деякі обстеження. Ви зацікавлені в результатах обстеження?" |

Думки, переконання

"Як Ви думаєте, що є причиною Вашої проблеми "

"Чи є у вас якісь теорії щодо того, що може відбуватися?"

"Зрозуміло, що ви багато думали про це, і було б корисно почути, що ви думаєте про те, що може відбутись".

"Як ви думаєте, що може статися?"

"Яка найкраща здогадка про те, чим це викликано?"

"Чи є у вас ідеї щодо того, що відбувається в даний момент?"

Побоювання

"Що зараз найбільше хвилює вас, що це може бути?"

"Ви переживаєте ще про щось?"

"Про що Ви хвилюєтесь у Ваші найгірші хвилини?"

"Про що найгірше, що може статися Ви думали?"

"Що вас зараз хвилює у цій проблемі?"

Очікування

"На що ви сподівались, що я зможу зробити для вас сьогодні?"

"Що в ідеалі потрібно, щоб ви відчули, що сьогоднішня консультація була успішною?"

"Як ви думаєте, що може бути найкращим планом дій?"

"На що ви сподівались, що станеться сьогодні?"

"Ви, очевидно, досить довго думали над цим, чи мали ви ідеї про найкращий спосіб щоб вирішити цю проблему?"

Бар'єри комунікації

Комунікативні бар'єри – типові труднощі, що виникають через дію тих чи інших об'єктивних або суб'єктивних обставин і заважають людям порозумітися один з одним. Адекватність сприйняття інформації багато в чому залежить від наявності або відсутності в процесі спілкування комунікативних бар'єрів. У разі виникнення бар'єру інформація спотворюється або втрачає початковий сенс, а в ряді випадків взагалі не надходить до одержувача. Бар'єри комунікації збільшують психологічну дистанцію між партнерами, знижують рівень взаєморозуміння, взаємодовіри і, в кінцевому підсумку, ефективність процесу спілкування. Бар'єри комунікації можуть бути перепорою для ефективного консультування лікарем пацієнтів. Найрозповсюдженіший перелік цих бар'єрів зображений на рис 1.



Рисунок 1. Основні бар'єри ефективної комунікації

Найчастіші причини поганої комунікації лікаря з пацієнтом

Мова це найважливіший засіб спілкування і пізнання, що забезпечує процес комунікації. Погане володіння мовою, або проблеми з слухом є найголовнішою проблемою продуктивної комунікації. Недостатнє володіння мовою, використання діалекту, невиразна, надто швидка, нечітка мова лікаря чи пацієнта може спричиняти появу помилок в процесі передачі інформації. Помилки у побудові висловлювань: неправильний вибір слів, складність повідомлення, нелогічність, непереконливість чи не найчастіше стають причиною поганої комунікації та нерозуміння між лікарем і пацієнтом. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти. Обов'язково необхідно виділити пацієнтів з проблемами слуху.

Стереотипи - спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми. Стереотипи наявні як у пацієнтів, так і в лікарів. Найбільш поширеними стереотипами пацієнтів є: сприймання лікаря як всесильної особи, яка може здійснити "чудо зцілення"; сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя; сприймання лікаря як

об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій; сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої лише на отримання власної вигоди і т. д. Лікарі щодо пацієнтів зазвичай створюють такі стереотипи: пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду; пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання; пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування; пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки і т. д. Зрозуміло, що кожен із перелічених (і багато інших) стереотипів не можуть сприяти ефективній комунікації, необхідній для успішного лікування. Тому лікар змушений не лише намагатися зруйнувати стереотипи пацієнта, а й позбутися власних стереотипів щодо нього.

Упереджене ставлення - схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Таке упередження з боку пацієнтів зазвичай виявляється у небажанні погодитися з діагнозом лікаря та методами лікування, якщо вони переконані у правильності іншого діагнозу чи доцільності інших методів лікування. У цьому випадку лікар повинен за допомогою раціонального переконання, залучаючи думку визнаних авторитетів та своїх колег, переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає подібну упередженість у лікаря - доцільно звернутися до іншого фахівця, провести консиліум лікарів для з'ясування дійсного стану здоров'я пацієнта.

Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника. Часто у спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається усвідомлення значення отриманої інформації, тобто за допомогою цієї інформації можна отримати бажаний або запобігти небажаному результату. У лікарів відсутність інтересу часто буває пов'язаною з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. У цьому випадку лікар не виявляє зацікавленості до висловлювань пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування.

Пацієнти зазвичай уважні у процесі спілкування з лікарем, однак значна їх частина схильна втрачати інтерес до рекомендацій лікаря на етапі одужання, а це може загрожувати подальшими ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання лікаря полягає у донесенні необхідної інформації для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.

Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта "з першого погляду" зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної "експрес-діагностики". Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта - діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря - такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта, призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом може виникати, коли лікар неправильно оцінив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоречних стратегіях. Невміння визначати настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, репресивність призводить до серйозних психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню чи маніфестації психічного розладу, що не може не відбиватися на ефективності його лікування. Обираючи стратегії спілкування з пацієнтом, лікар виходить з оцінювання тих переваг, які може дати кожна з них на конкретному етапі лікування. Відкрите спілкування, яке передбачає бажання і вміння повно виразити свою

точку зору і готовність врахувати позицію пацієнта, дає змогу отримати найповніший обсяг необхідної інформації, але потребує значної кількості часу. У зв'язку з цим така стратегія більш прийнятна для спілкування з пацієнтами терапевтичних відділень.

Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, лікар повинен спробувати з'ясувати їх, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які утруднюють його фахову діяльність. Індивідуальна або групова психотерапія можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти шляхи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів - проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

Обман-намагання пацієнта створити у лікаря хибне уявлення про пацієнта як про особистість, про ймовірні причини виникнення у нього хвороби, про його самопочуття і скарги.

Сором'язливість - це специфічна особистісна властивість, яка виявляється через стан нервово-психічного напруження і психічного дискомфорту, що може виникати у певних ситуаціях спілкування лікаря і пацієнта і утруднювати їх спілкування. Сором'язливість як якість, що переживається хворобливо, створює труднощі в установленні контактів, підтриманні і розвитку стосунків, негативно впливає на комунікацію, але у спілкуванні лікаря з пацієнтом часто призводить до неможливості отримати достатню інформацію для діагностування хвороби. Пацієнти соромляться розповідати лікареві про особливості свого статевого життя, про фізіологічні випорожнення, про психотравми, яких зазнали у дитинстві, та багато іншого.

Прояви античності, відчуження і самотності у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих,

напруженість, відчай, туга значно утруднюють процес спілкування пацієнта з лікарем.

Приклади поганої комунікації.

– «Не хвилюйтеся, тут нічого серйозного», швидше за все, буде мати негативні наслідки для пацієнтів, які вважають, що їм не повірили.

– «Ваша проблема пов'язана зі стресом» може розглядатися пацієнтом як стигматизація та применшення їх «реальних» відчуттів або скарг. Найкраще серйозно сприймати та реагувати на ті чинники, з якими пацієнти пов'язують симптоми. Лікарю важливо серйозно визнати реальність сприйняття пацієнта та переконатися, що симптоми не пов'язані з психічним дистресом.

– «Я б хотів призначити вам кілька аналізів/тестів, щоб переконатися, що нічого поганого немає. Але я вважаю, що вони будуть нормальними» не заспокоює. Такий коментар передає змішане повідомлення із заспокоєння пацієнта і захисту лікаря.

Стадії прийому лікаря

Правильно структуроване консультування є дуже важливим в лікарській практиці. Відпрацьована схема збереже час, дозволяє не пропустити основні важливі моменти, що стосуються захворювання, забезпечує безпеку пацієнтові, економить час, робить процес обстеження і лікування більш зрозумілим, допомагає у виборі спільної стратегії ведення пацієнта.

Будь-яке консультування складається з кількох тісно пов'язаних стадій:

Початок. Вступ та пояснення причин звернення. Спитати чому пацієнт звернувся за медичною допомогою. Зібрати скарги, анамнез, запитати пацієнта про те, що трапилось (до цього моменту). Оцінити попередні знання пацієнта – обов'язкова практика запитувати, що пацієнт знає/знають про його стан та лікування. Описати те, про що ви будете вести розмову. Запитати, чи хоче пацієнт щось додати до плану розмови.

Середина консультування- збір інформації та огляд. При труднощах у розмінні пацієнтом поданої інформації, зобразити її у більш зрозумілому вигляді, наприклад, у вигляді малюнка чи графіка. Одна із найбільш важливих речей – надавати інформацію невеликими

порціями та перевіряти чи пацієнт її розуміє. Дізнавайтесь у пацієнтів чи є в них якісь запитання після кожної порції інформації. Говоріть повільно та чітко, будьте уважними до переживань пацієнта.

Завершення. Підбити підсумки розмови та розробити план подальших дій. Перевірити чи пацієнт все зрозумів. Завжди додатково щось пропонуйте –роздруковані рекомендації з питань лікувальної фізкультури, харчування, буклет, веб-сайт, контакти спеціаліста, додаткові візити.

Пояснення також краще структурувати.

– Пояснення захворювання - Спочатку простими словами пояснити яка хвороба має місце, її причини, а також про можливі ускладнення, використовуючи знання з анатомії та фізіології.

– Наступним є пояснення тактики ведення пацієнта включаючи діагностику та лікувальні заходи. Обов'язково обґрунтуйте необхідність проведення кожної процедури, її діагностичне значення. Далі пояснюєте якою є підготовка до процедури, поведінку під час та після проведеного обстеження. Обов'язковим є акцентування уваги на основних перевагах обстеження та можливих ризиках чи небажаних наслідках для пацієнта. Якщо необхідна інформована згода то перевіряєте наскільки пацієнт розуміє плюси і мінуси проведення процедури.

– Пояснення лікування. Спочатку, коротко перевірити чи є якісь протипоказання до лікування. Перевірити розуміння пацієнтом свого стану. Пояснити як лікування працює. Надати інформацію про курс лікування та як воно приймається. Розповісти про можливі небажані.

На всіх етапах консультування важливо задавати відкриті запитання та активно залучати пацієнта до вирішення питань його обстеження та лікування.

Важливо дати пацієнту можливість керувати процесом консультації та вирішувати про що говорити, слідувати за розмовою та запитувати про те, що вони (пацієнти) хочуть знати та про їх переживання, не забувати про думки, емоції пацієнта та його очікування, пам'ятати про те, що ви можете надавати погані новини, навіть не усвідомлюючи цього, уникати всіх медичних жаргонів, емпатувати.

Найбільш поширеною та сучасною схемою консультування є так звана Калгарі-Кембриджська модель медичної консультації (1996) (рис.2). Ця модель розглядає процес консультації від ініціювання сесії, збору інформації, надання структури до консультації, побудови відносин, надання інформації шляхом пояснення та планування та закриття сесії.

Спілкування має бути орієнтоване на пацієнта, проходити в комфортних для нього умовах, створених з використанням вербальної та невербальної лексики, яка налаштує пацієнта відверто надавати персональну інформацію як медичного, так і психологічного характеру.

1. Слухайте активно. Клінічні дані отримують в активному процесі вислуховування, спостереження та заохочення. Питання лікаря повинні формуватися відносно отриманої інформації від пацієнта, а не за суворим планом. Якщо ви не впевнені у відповіді пацієнта, уточніть інформацію, що підтвердить, що ви намагаєтеся його зрозуміти, а отже уважно слухаєте.



Рис.2 Стадії консультування

2. Сприймайте захворювання серйозно. Багато лікарів відчують труднощі в ухваленні реальності та серйозності тих чи інших захворювань і синдромів з причини відсутності специфічних діагностичних тестів. В результаті лікарі призначають численні тести, а пацієнти хочуть, щоб їм вірили. Рішенням є прийняти діагноз як справжній і зосередитися на прихильності до роботи з пацієнтом і його хворобою, прислухаючись до пацієнта, пропонуючи турботу та підтримку.

3. Будьте уважними до стилю опитування та невербальної лексики. Часто велике значення має не те, що ви говорите, а як ви це говорите. Лікар повинен демонструвати пацієнтові неупереджений інтерес в умовах комфорту, підтримки та безпеки.

4. Уточніть історію хвороби пацієнта. Для правильно спланованого лікування лікар повинен з'ясувати, як пацієнт розуміє своє захворювання. У побудованому діалозі бажано прийти до набору спільних цілей. Є кілька питань, які допоможуть краще зрозуміти історію хвороби пацієнта:

«Що привело вас сюди сьогодні?». Причинами візиту до лікаря можуть бути: погіршення самопочуття, психологічний стрес, питання страхування, можливий примус із боку сім'ї тощо. Знання причини може допомогти оцінити напрям візиту.

«Як ви вважаєте, що у вас/на що ви хворієте?». У пацієнтів є власні поняття або «схема», сформована особистими, сімейними або культурними уявленнями. Вони повинні бути зрозумілі та підтверджені до початку будь-якого спростування або роз'яснення з боку лікаря.

«Що вас турбує, про що ви переживаєте?». Пацієнти не можуть сказати, що вони бояться раку або що їх близький родич помер від певного захворювання. Якщо ви демонструєте свою заклопотаність, пацієнт стає більш сприйнятливим, щоб почути ваші думки з цього питання.

«Як ви думаєте, чим я можу вам допомогти?». Не рідкість, коли очікування пацієнтів щодо результатів лікування не були виправдані. Однак, якщо можливі результати лікування будуть обговорені в ході першого візиту, багато питань знайдуть рішення шляхом спільного планування цілей лікування.

5. Демонстрація співчуття. Лікар співпереживає, демонструючи розуміння болю та страждань пацієнта, зберігаючи при цьому об'єктивність і позицію спостерігача. Проявом емпатії були б варіанти «я бачу, як вам було складно справлятися з вашим захворюванням» або «я бачу, наскільки це вплинуло на ваше життя».

6. Оцінюйте почуття пацієнта. Коли пацієнти діляться особистою інформацією, вони можуть відчувати сором або збентеження. Таким чином, лікар повинен оцінити почуття пацієнтів, а не робити особисті судження чи закривати спілкування шляхом швидкого заспокоєння або відчуження.

7. Усвідомте особисті думки та почуття. Моделі поведінки пацієнтів різні: одні суворо виконують рекомендації лікаря, інші зовсім їх не дотримуються та нерідко вступають в конфронтацію з доктором. Це може бути пов'язаним із їх негативним медичним досвідом. Лікар так само може розсердитися, направити на непотрібні дослідження або перестаратися в призначеннях. Таку поведінку пацієнтів необхідно розуміти як відповідь на дефіцит в системі охорони здоров'я, а не як проблеми пацієнта.

8. Навчіть/поясніть/просвітіть. Навчання пацієнта повинно бути ітеративним процесом:

- 1) виявлення розуміння пацієнта,
- 2) усунення непорозумінь
- 3) надання інформації, яка узгоджується з базою знань пацієнта,
- 4) перевірка розуміння пацієнтом обговорюваного питання.

Важливо дати чіткі пояснення симптомів і лікування, які будуть зрозумілі та відповідають переконанням пацієнта.

9. Переконайте. Пацієнти бояться серйозного захворювання та мають негативні думки та почуття щодо їх стану через відсутність контролю ситуації та безпорадності. Підхід полягає в тому, щоб:

- 1) визначити переживання і побоювання пацієнта,
- 2) підтвердити або спростувати їх,
- 3) сконцентрувати увагу на конкретних проблемах,
- 4) уникати «помилкових» запевнень (наприклад, «не хвилюйтеся, все в порядку»), особливо до проведення первинної медичної оцінки.

10. Обговорення. Пацієнт і лікар повинні взаємно спланувати діагностику та варіанти лікування. Потім лікар зобов'язаний уточнити

особистий досвід пацієнта, его розуміння різних методів лікування, а потім надати вибір (а не директиви), який відповідає переконанням пацієнта.

11. Допоможіть пацієнтові прийняти відповідальність. Пацієнтам необхідно активно брати участь в медичному догляді, і про це можна повідомити декількома способами. Наприклад, замість того, щоб питати пацієнта «як ваші симптоми сьогодні?», можна сказати «як ви справляєтеся зі своїми симптомами?». Перше питання, як правило, залишає за собою відповідальність за біль лікарю, тоді як останній визнає роль пацієнта.

12. Встановіть кордони. З точки зору частих телефонних дзвінків, несподіваних відвідувань, тенденції до тривалих візитів — в спілкуванні з деякими пацієнтами необхідно підтримувати «кордони». Завдання полягає в тому, щоб позиціонувати потреби лікаря таким чином, який не сприйматиметься як відсторонення від пацієнта.

13. Забезпечити безперервність медичної допомоги. Багато пацієнтів відчують себе ізольованими від системи охорони здоров'я. Дуже важливо з самого початку ясно дати зрозуміти, що прихильність медичного нагляду є довгостроковою. Виконання зобов'язань із роботи з пацієнтом усуває страх пацієнта бути забутим.

Важливими пунктами консультування є пояснення прийому ліків та пояснення діагнозу. Поясніть суть захворювання/розладу. Уникайте медичних жаргонів, пояснення ведіть простою, зрозумілою для пацієнта мовою. Наприклад:

«Печія – поширений симптом, що вказує на ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і виникає через потрапляння кислого шлункового вмісту в стравохід.

Пояснити, як працює лікування

Пацієнту слід надати інформацію стосовно лікування: можливі варіанти та механізм дії. Наприклад:

«При печії необхідно взяти до уваги деякі рекомендації щодо способу життя: виключити продукти харчування, що викликають печію, споживати їжу невеликими порціями, не лягати після прийому їжі, не їсти за 3 год до сну, не носити тугі пояси, спати з піднятим головним кінцем ліжка. Основою медикаментозної терапії є препарати, що знижують секрецію шлунка. Серед них

найефективнішими і найбезпечнішими є інгібітори протонної помпи, які треба приймати вранці, до сніданку за 30 хвилин протягом 4 тижнів. Після цього курсу лікування заплануємо наступну зустріч для оцінки ефективності призначень та для формування подальшої тактики».

При наявності декількох можливих варіантів лікування, відповідно до клінічних протоколів, лікар приймає рішення для призначення того чи іншого виду лікування РАЗОМ із пацієнтом. Це дозволяє покращити комплаєнс пацієнта.

Режим прийому лікарських засобів

Пацієнту слід повідомити наступну важливу інформацію стосовно призначеного лікування:

– Форму лікарського засобу, режим прийому препарату, бажаний час прийому та відношення до прийому їжі. Наприклад: «таблетки, 1 раз на добу, увечері, як мінімум через 1 годину після їжі».

– Можливі небажані ефекти. Не треба перераховувати усі теоретично можливі! Вказати протипоказання для прийому.

– Очікувана тривалість лікування та час до появи перших ефектів. Наприклад, «Перші ефекти від прийому інгібіторів протонної помпи зазвичай з'являються через 3-4 дні, курс прийому триває 3-4 тиж після того, як стало краще».

– Контроль при прийомі лікарського засобу. Наприклад, бісопролол – це препарат, який знижує артеріальний тиск і сповільнює частоту серцевих скорочень, тому необхідно хоча б 1 раз на тиждень контролювати показники артеріального тиску і пульсу.

Повідомлення поганих новин

При повідомленні поганих новин слід керуватись протоколом SPIKES (Табл.2): Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Умови, Сприймання, Запрошення, Знання, Емоції та Емпатія, Стратегія та Підсумки). Використання на практиці стратегії SPIKES додає впевненості лікарю у розмові з невиліковним пацієнтом. Це спеціально розроблений 6 кроковий протокол для повідомлення поганих новин. Цей протокол можна використовувати в таких випадках як несприятливий діагноз чи прогноз, рецидив захворювання, необхідність в паліативній чи термінальній допомозі, або при повідомленні про медичну помилку.

Такий підхід допомагає в плануванні та донесенні новин медичним працівником найкращим чином, що сприяє зменшенню тривоги і страху пацієнта. Протокол SPIKES - це короткий, прийнятний до всіх умов підхід, який легко зрозуміти та дотримуватися.

Табл. 2

Повідомлення поганих новин протокол SPIKES

| | | | |
|----------|--|--|--|
| S | Setting up – Створення відповідних умов | Забезпечте конфіденційність Залучіть інших важливих в цій ситуації людей, сядьте, налагодьте зв'язок та зоровий контакт з пацієнтом, керуйте часовими обмеженнями та перериванням розмови сторонніми чинниками (медичний персонал, пацієнти, телефон) | Коли буде зручно вам та членам вашої родини для того, щоб ми поговорили про ваш діагноз? |
| P | Perception of condition/seriousness - Усвідомлення становища / серйозності медичної проблеми | З'ясуйте, що пацієнт знає про стан свого здоров'я. Визначте ступінь розуміння пацієнтом, прийміть заперечення, але на цьому етапі не вступайте в діалог | Скажіть мені, що ви знаєте про свій теперішній діагноз? |
| I | Invitation - Заохочення пацієнта отримати інформацію | Запитайте пацієнта, чи бажає він знати деталі стану здоров'я, прийміть право пацієнта не знати Запропонуйте відповісти на запитання пізніше, якщо вона / він бажає | Ви хочете, щоб я пояснив, що саме означає ваш діагноз? |
| K | Knowledge: giving medical facts - Знання: надання медичних фактів | Використовуйте зрозумілу для пацієнта мову. Розгляньте рівень освіти, соціально-економічний фон, сучасний емоційний стан, подайте інформацію невеликими порціями. Перевірте, чи розуміє пацієнт сказане, реагуйте на реакції пацієнта, коли вони виникають, розпочніть з якогось позитивного аспекту | Коли ми провели рентген грудної клітки, ми діагностували невелику ділянку затемнення, що зазвичай є ознакою раку, ви це розумієте? |
| E | Emotion and Empathy - Емоції та Емпатія | Розпізнайте емоції пацієнта та співчуйте Довідайтесь які емоції турбують пацієнта Визначіть причину / джерело емоцій, дайте пацієнтові час щоб висловити свої почуття | Чи став ваш діагноз шоком для вас? Поясніть мені, як ви себе відчуваєте? |
| S | Strategy and Summary - Стратегія та Підсумки | Завершіть бесіду Запитайте, чи хоче він ще щось уточнити Запропонуйте запланувати наступну зустріч | Чи є у Вас ще запитання? Коли ви хочете домовитись про наступну зустріч? |

1. Встановлення відповідних умов

Переконатися, що ви з пацієнтом знаходитесь в комфортній кімнаті. В ідеалі це повинна бути спеціальна окрема кімната. Як варіант може використовуватись палата пацієнта, але обов'язково пацієнт має бути там сам. Або, за його бажанням, можуть бути присутніми його родичі (1-2, не більше). Запитати чи пацієнт не заперечує. Конфіденційність має бути забезпечена!

Розмову слід вести сидячи – це допомагає розслабитись та показати, що ви нікуди не поспішаєте. Підтримувати зоровий контакт. Якщо пацієнт не заперечує, можна його торкнутись або взяти за руку. В ідеалі потрібно створити умови, в яких вас не будуть перебивати. Але якщо така ситуація можлива – повідомити про це пацієнта.

2. Оцінка сприймання пацієнта теперішньої ситуації

Перед тим як давати пацієнту будь-яку інформацію, слід дізнатись, що пацієнт вже знає. Наприклад: «Що Ви вже знаєте про свій теперішній стан здоров'я, що Ви можете розповісти з цього приводу?», «Чи розумієте Ви, чому Вам зробили МРТ/КТ/біопсію?».

Якщо у пацієнта хибне уявлення про свій стан здоров'я, слід йому пояснити його стан більш детально. Також важливим є визначити чи у пацієнта є якась форма заперечення захворювання: пропускає у своїй розповіді важливі «погані» деталі захворювання, має нереалістичні уявлення щодо лікування тощо.

3. Заохочення

Слід запитати у пацієнта на яких моментах слід більш детально зупинитись під час розповіді: про лікування, результати обстеження тощо. Якщо пацієнт не хоче знати про деталі, повідомте пацієнту про можливість задати запитання в майбутньому, коли вони у нього з'являться. Запитати чи пацієнт хоче бути з кимось із родичів, якщо це не було зроблено раніше.

«Я маю результати Вашого обстеження на сьогоднішній день, чи хотіли би Ви, щоб я їх пояснив більш детально?». «Чи бажаєте Ви, щоб з Вами були члени родини/друзі?»

4. Знання. Повідомлення інформації

– Повідомте про результати, починаючи із «тривожних знаків». Є поширена думка, що це допоможе потім зменшити дистрес пацієнта,

коли лікар буде повідомляти про прогноз, ніж повідомлення всіх поганих новин одразу.

– Поясніть діагноз (покроково). Діагноз повідомляється короткими тезами.

– Після кожної тези зробіть паузу та почекайте для того, щоб пацієнт задав запитання. Потім переходьте до наступної тези. На цьому етапі мовчання є найбільш адекватним, що може зробити лікар, у пацієнта при повідомленні цих новини в голові може крутисся мільйон різних думок. Йому потрібен час для усвідомлення.

– Якщо мовчання здається недоречним, можна запитати пацієнта про те, що він відчуває (див. наступний пункт).

– Не слід починати все повністю пояснювати, лише відповідати на запитання пацієнта. Зазвичай, те, що відбувається зараз, через наплив емоцій пацієнт не запам'ятає.

– На запитання слід відповідати так, щоб пацієнту було зрозуміло.

– Уникайте надлишкової прямоти. Фраза: «У вас дуже агресивна злоякісна пухлина та ви скоро помрете», - є неприпустимою у якості повідомлення діагнозу.

«Як Ви знаєте, ми взяли біопсію (зразок тканини для обстеження), на жаль, результати виявились не такими, як ми сподівались» - зробити паузу та зачекати.

«Мені прикро про це повідомляти / на жаль, але ми виявили пухлину».

5. Емоції та емпатія

– Усвідомлюйте та відображайте емоції пацієнта (включаючи мову тіла).

– Не намагайтесь вирішити проблеми пацієнта або в чомусь його запевняти, просто слухайте та узагальнюйте, підсумуйте те, що пацієнта непокоїть (це показує, що Ви слухаєте та проявляєте емпатію).

– Якщо мовчання затягнулося, можете спитати про його емоції.

«Я бачу, що ці новини – це величезний шок для Вас» зробити паузу та почекати.

«Ви виглядаєте надзвичайно стурбованим» зробити паузу та зачекати.

«Тож, як Ви мені сказали, ваш найбільше турбує те, як Ви повідомите про це дітям та втрата волосся (через хіміотерапію)?»

«Як Ви зараз почуваетесь через ці новини?»

«Ви зараз не говорите, чи можу я Вас поцікавитись, які думки рояться зараз у Вас в голові?»

«Що найбільше Вас тривожить?»

б. Стратегія (план) та підсумок

– Дійдіть згоди з пацієнтом щодо подальших дій.

– Узагальніть переживання пацієнта.

– Дізнайтесь, з якими емоціями пацієнт від Вас йде.

Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта.

В процесі комунікації важливо приділити увагу подоланню емоційних реакцій пацієнта та вирішенню складних ситуацій у взаємодії лікаря і пацієнта. Дуже часто поведінка пацієнта відображає його емоційний стан. Отже, опрацювавши емоційні реакції, ми можемо опосередковано змінити і поведінку пацієнта, яка ймовірно заважала лікувальному процесу.

В подоланні складних ситуацій у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом є важливим використання наступних технік: емпатія, нормалізація емоцій, підтримка, повага, побудова партнерських відносин.

Сильні емоції зі сторони пацієнта/родича: агресія

– Необхідно продемонструвати свою обізнаність – «Ви виглядаєте дуже стурбованим/агресивним».

– Озвучіть можливу причину – «Це зрозуміло у Вашій ситуації. Ви вже через багато пройшли. Ви переживаєте через свого родича та Вам повідомили, що Ви зараз не зможете його побачити та Вам доведеться зачекати ще 2 години».

– Якщо причина не очевидна, спробуйте її дізнатись: «Чи є ще щось, через що ви злитесь?». Не перебивайте пацієнта, коли він Вам відповідає.

– Ніколи не слід говорити «Я розумію» розлюченому пацієнту/родичу.

- Звертайтеся до нього м'яко, спокійно, повільною мовою.
 - Заохочуйте пацієнта до розповіді. Задавайте відриті запитання та показуйте вербальні та невербальні сигнали того, що слухаєте. Дослідіть причину емоційності, запитавши: «Чи буде це нормальним, якщо я запитаю про це більш детально?».
 - Не сприймайте це на свій бік. В багатьох випадках агресія – це просто один із опанованих пацієнтом способів справлятися із стресом/переживаннями.
 - Не конфронтуйте із агресивним пацієнтом. Не блокуйте йому шлях до виходу. Не перекладайте провину на інших, щоб уникнути звинувачень у свій бік.
 - Не сперечайтесь з агресивним пацієнтом, дайте можливість йому виговоритись, постарайтесь почути. Часто ми неправильно відповідаємо страхом, образою, роздратуванням,
 - Відповідати чи допомагати у вирішенні проблеми потрібно тільки якщо є потреба (пряме запитання, прохання, невербальні сигнали) – у більшості випадків це не потрібно робити!
 - Не використовуйте прямий контакт очима, бо це слугує провокацією і може викликати додаткову агресію. Використовуйте розфокусований погляд, але контролюємо ситуацію периферичним зором.
 - Запропонуйте варіанти вирішення ситуації, проблеми, домовтесь коли і як вирішуватимете проблему, запитайте чи він задоволений рішенням
 - Якщо в будь-який момент під час зустрічі з розлюченим пацієнтом ви відчуєте потенційну шкоду для себе або персоналу, звертайтеся за допомогою!
- Сильні емоції зі сторони пацієнта/родича: тривога або сум***
- Забезпечте комфорт та конфіденційність.
 - Продемонструйте свою обізнаність, – «Ви виглядаєте засмученим/тривожним».
 - Ідентифікуйте думки, які лежать в основі суму/тривоги, – «Чи можете Ви поділитись тим, про що зараз думаєте».
 - Нормалізуйте емоції пацієнта, – «Я гадаю, що більшість людей почувались би так само у подібній ситуації».

– Надайте інформацію про ситуацію, через яку пацієнт переживає, якщо це стосується діагнозу, процедур або лікування.

Важливими моментами є прояви емпатії, демонстрація пацієнту/родичу, що Ви його слухаєте вербально («Чи правильно я Вас розумію, що...») та невербально (відкрита поза, контакт очима тощо). Якщо пацієнт плаче, слід дати йому на це час та простір. Часто мовчання є найкращою стратегією. Не знецінюйте емоції пацієнта. Якщо Вам та пацієнту/родичу комфортно, то можна використати фізичний контакт. Повторіть інформацію щодо здоров'я/лікування, коли пацієнт/родич заспокоїться. Перевірте, чи він її розуміє. Не запевняйте пацієнта, що все буде добре, якщо це не відповідає дійсності.

Тривожний пацієнт

Характеристиками тривожного пацієнта є розгубленість і знервованість. Він може проявляти фізичні ознаки тривоги такі як підвищена пітливість, тремтіння, швидко безконтрольно говорить, може здаватись, що він вимагає надмірної уваги від вас, особливо що стосується переконання. Або може здатися, що він вас не чує і не пам'ятає що ви говорите.

Можливі причини тривоги.

Це може бути його звичайна поведінка, це може бути тривожна особистість, або може страждати від тривожного розладу.

Це може бути його реакцією на хворобу і на отримання медичної допомоги. Більшість відчуває деяку ступінь тривоги у таких обставинах. Тривога завжди від того, що з нами може щось трапитись в майбутньому.

Стурбованість може бути пов'язана з іншими проблемами в житті пацієнта.

Якщо ви розумієте, що пацієнт хвилюється з приводу діагнозу або лікування, заохочуйте пацієнта до розмови про це, і оцініть, чи є цей страх відповідним ситуації. Це може допомогти встановити причину страху, і дозволить пацієнту подивитись на це більш конструктивно.

Рекомендації до спілкування з тривожним пацієнтом

– Будьте спокійні і готові приділити час пацієнту.

– Поясніть, що у більшості пацієнтів може виникати тривога і це нормально.

– Якщо пацієнт говорить надто багато, намагайтесь керувати бесідою за допомогою закритих питань, а також підбивати підсумки того, що він вам сказав, пояснюючи, яка додаткова інформація ще вам потрібна і чому. Наприклад: «Я бачу на скільки важливою є для вас ця тема, але ми можемо повернутися до неї трохи пізніше».

– Будьте наполегливими в тому, що ви хочете від пацієнта під час, та після консультації.

– Якщо пацієнт тисне на вас і хоче дізнатись причину його симптомів і шукає запевнення, поясніть це недостатньою кількістю інформації, і необхідністю уточнень. Наприклад: «Так, я розумію, що ви вже сьогодні хотіли б дізнатись про ваш діагноз, але нам необхідно дочекатись результатів досліджень».

Іпохондричний пацієнт

Іпохондричний пацієнт може скаржитись на безліч хронічних захворювань з нечіткими або перебільшеними симптомами, а також часто страждати від супутньої тривоги, депресії і розладів особистості. Він часто звертається до багатьох лікарів, має історію численних консультацій та лабораторно-інструментальних досліджень. Можливими причинами іпохондрії можуть бути індивідуальні особливості, психотравмуючі ситуації, оточуючі фактори, інші захворювання.

Під час спілкування з іпохондричним пацієнтом висловлюйте співчуття і акцентуйте увагу на необхідності регулярних планових візитів до лікаря. Це допоможе зменшити стурбованість такого пацієнта. Наприклад: «Я помітив, що ви вже відвідали декількох лікарів і провели багато досліджень (тестів, аналізів), щоб спробувати розкрити причину вашого поганого самопочуття. Я визнаю, що симптоми є реально важкими для вас, але я вважаю, що ці тести вже відкинули будь-які серйозні медичні проблеми. В мене є інший метод лікування для вас, який вже допоміг іншим пацієнтам з такими симптомами як у вас. Я хотів би скласти з вами план, згідно з яким ми будемо бачитись кожні два-чотири тижні, досить часто, щоб побачити, чи щось справді нове відбувається в вашому стані. Якщо щось важливе буде розвиватись, ми зробимо додаткові тести. Наші зустрічі будуть достатньо частими для того, щоб ви були впевнені, що

ми нічого не пропускаємо. І ми уникнемо незручних і дорогих тестів та процедур, якщо вони явно не потрібні».

Пригнічений або сумний пацієнт.

Пригнічений пацієнт виглядає сумним, нещасливим, має скудну міміку, не посміхається, може плакати, може демонструвати унікаючу поведінку та бути не зацікавленим у навколишньому. Можливими причинами суму можуть бути тяжка втрата, травма, психічне захворювання, вроджена або особистісна сором'язливість, реакція на хворобу, попередній негативний досвід лікування захворювання, очікування прихованої правди, страх наслідків захворювання.

Якщо пацієнт сумний та пригнічений, постарайтесь надати йому спочатку добрі новини.

– Дайте пацієнту час подумати.

– Якщо необхідно, підтримайте пацієнта (пацієнт може плакати і соромитись цього). Скажіть пацієнту, що плакати це нормально. Сльози полегшують душевний біль. Якщо пацієнт бажає, ви можете залишити його наодинці.

– Повторюйте деякі запитання, які вже запитувались, це може допомогти зібрати більше інформації.

– З'ясуйте, або прояснюйте небажану інформацію для пацієнта дозовано. Наприклад: «Я можу тільки здогадуватись що вас турбує, або я не можу нічого сказати остаточно стосовно вашого діагнозу, поки не матиму підтвердження...»

– Запитайте про причину смутку. Наприклад: «Чому ви пригнічені? З вами щось трапилось?», «Які думки вас турбують».

– Надайте можливість обирати. Наприклад: «Я б хотів, щоб на наступні запитання ви відповідали більш детально, але, якщо вам буде незручно, повідомте мені, ми перейдемо до наступних».

– При можливості, запропонуйте пацієнту відвідувати групову терапію при «тяжкій втраті», «домашньому насильстві», «алкогольній залежності».

– Допоможіть пацієнту зрозуміти, що горе - це процес, який залежить від часу та сприйняття. Заохочуйте до відкритого спілкування.

Розсіяний або неуважний пацієнт.

Неуважний пацієнт відрізняється великою частиною зайвих візитів до лікаря. Він може бути самотнім, залежним, надто боязким або збентеженим, щоб задавати питання, на які він дійсно хоче отримати відповідь. Він, також, може задавати велику кількість раціональних питань. Він багато турбується, або просто дезінформований і потребує уточнень.

Можливими причинами можуть бути як психічні так і соматичні розлади.

– Перший крок до продуктивної взаємодії з неуважним пацієнтом це визначення основних причин частих візитів. Почніть з того, що ви помітили систематичність візитів пацієнта. Наприклад: «Я бачу, що ви вже тричі на цьому тижні були на прийомі у лікаря, як я можу вам допомогти»

– Поясніть, що ви бачили інших пацієнтів, які планували часті візити з різних причин; включаючи занепокоєння щодо недіагностованих симптомів, потребі в запевненні що все буде добре, необхідності полегшення хронічного болю, або просто необхідності поговорити.

– Запитайте чи будь-яка з цих причин турбує пацієнта, або є інші ідеї щодо причин частих візитів. Показуючи розуміння причин, які могли б викликати часті візити пацієнта, ви будете сприяти відкритому обговоренню проблеми.

– Складіть з пацієнтом план регулярних, запланованих візитів. Надайте достатню кількість інформації.

Маніпулятивний пацієнт

Маніпулятивний пацієнт часто грає на почуттях інших, загрожує гнівом, судовим позовом або навіть самогубством. Він, як правило, виявляє імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання того, що він хоче, і часто буває важко відрізнити таку поведінку від межового розладу особистості.

Навіщо пацієнт маніпулює? Йому необхідні: лікарський час, лікарські старання, жалість або милосердя.

Піддаючись на маніпуляції пацієнта, лікар неправильно розподіляє робочий час та приділяє більше уваги маніпулятивному пацієнту.

Також лікар часто приймає неправильні рішення піддаючись вимогам пацієнта. Наприклад: ввести саме цей препарат, зробити МРТ саме зараз.

Головне правило в спілкуванні з маніпулятивним пацієнтом – це усвідомити свої власні емоції, і не піддатися на емоції пацієнта (він може бути насправді розумнішим, навіть якщо його дії говорять про протилежне). Чим краще ви знаєте свої слабкості, тим швидше усвідомлюєте, що вами маніпулюють. Іноді ви повинні сказати «ні»!

Наприклад: Пацієнт: «Призначте мені, будь ласка, препарат «Х»!»

Лікар: «Даний препарат дуже сильний, зараз він вам не потрібен».

Пацієнт: «Ні, дуже потрібен! Я без нього не можу! Терміново пропишіть мені його!»

Лікар: «Але нажаль я не можу цього зробити».

Наприклад: Пацієнт: «Я знаю про свою хворобу більше, ніж будь-який лікар, я прочитав масу літератури, спробував багато препаратів, тому, я не знаю, чим ви мені ще можете допомогти». Як вести себе з таким типом пацієнтів? Не варто вступати в конфронтацію з таким пацієнтом. Лікар: «Навіщо тоді ви прийшли до мене». Найкраще спрацювати на випередження: «Я бачу, ви людина дуже розумна, обізнана і досвідчена але ви все таки прийшли до мене, може я все таки спробую допомогти вам?»

Дуже добрим захистом від маніпулювання є виграш часу. Будь-який маніпулятор намагається позбавити вас часу на обдумування, тому найпростіший спосіб - це фрази «мені потрібно подумати» або «а ви не могли б викласти своє прохання письмово?»

Підозрілий пацієнт

Основною рисою підозрілого пацієнта є його постійна недоброзичливість і підозрілість під час спілкування. Він може постійно підозрювати вас в чомусь. Він може як приховувати так і висловлювати свої підозрілі думки.

Нагадайте пацієнту інформацію про конфіденційність, про яку ви вже говорили з ним на початку вашої бесіди, або під час першої зустрічі.

Для того, щоб обеззброїти підозрілого пацієнта та знизити його емоційне напруження - вербалізуйте його підозри. Це може спонукати його до більш відвертого спілкування.

Наприклад: Коли лікар питає пацієнта про конфіденційну інформацію.

Лікар: «Як ви думаєте, чому я задаю вам усі ці запитання?», або «Що ви думаєте з цього приводу?»

Пацієнт: «Так мені дійсно цікаво, як ви будете використовувати цю інформацію».

Лікар: «Ви пам'ятаєте ми говорили з вами про конфіденційність усієї інформації, яку я почую? Отже це важливо для мене прояснити ці запитання. Ця інформація потрібна мені лише для того, щоб краще зрозуміти вас, та спробувати допомогти вам».

Пацієнт: «Всі лікарі так кажуть» (Пацієнт може бути саркастичним).

Лікар: «То ви вже чули таке? Тоді я розумію, чому ви так обережні в наданні інформації про себе...»

Пацієнт: «Можливо».

Мовчазний або замкнутий пацієнт

Замкнутий пацієнт є вразливим, важко висловлює свої внутрішні почуття. Може соромитись відповідати на питання, що стосуються його особистості. Відповідає на запитання частіше односкладно «Так», «ні», «не знаю», або взагалі мовчить.

Можливими причинами замкнутості можуть бути особливості характеру не достатньо розвинена емоційна система пацієнта, реакції на хворобу і на лікування, психічні захворювання.

Рекомендації:

Виявляйте максимальну повагу та терпіння.

Доречно починати спілкування з абстрактних тем. Наприклад: «Що вам подобається? Може вам подобається музика?»

Питання які можуть звернути пацієнта до розмови можуть стосуватись інтересів, друзів, дозвілля.

Якщо пацієнт часто відповідає на запитання «ні» або «не знаю». Як його залучити до діалогу?

Варіант 1: «Якщо ви дійсно нічого не знаєте, це добре, але якщо ви не хочете мені нічого говорити це інша справа, тоді лише скажіть мені, Я не хочу з вами говорити».

Варіант 2 Використовуйте не прямі запитання.

Запитайте пацієнта чи є в нього друг, знайомий або близька людина, яка може бути у біді або має проблему «Чи є в вас друг, або знайома людина в якої є проблема? Як ви вважаєте що з ним коїться, що його турбує?». або «Чи є в вас друг, сестра, брат то що? На кого був би схожий ваш друг..., як би мав такий самий настрій як у вас зараз?». Через такі запитання пацієнт може описати свою поведінку і свої відчуття. Таким чином ми можемо подолати захист пацієнта та залучити його до спілкування.

Балакучий пацієнт

Багатомовний пацієнт може перестрибувати з однієї теми на іншу, не може стисло відповідати на запитання.

Під час спілкування з балакучим пацієнтом використовуйте більше закритих запитань або запитань які потребують конкретного вибору.

Наприклад:

Лікар: «Яким був ваш настрій останнім часом?» (Відкрите запитання).

Пацієнт: «О, це залежало від того як я проводив свій час. Якщо я зустрічався з друзями настрої був добрий, якщо на мене очікувала купа завдань на роботі настрої пропадав, а ще моя мама, ви знаєте це дуже важко, коли вона починає тиснути на мене... і т.д.»

Лікар: «Все ж, хочу перепитати, яким був ваш настрій впродовж останніх двох тижнів? В більшості випадків піднесеним, пригніченим або дратівливим?» (Запитання з конкретним вибором відповідей).

Пацієнт: «Переважно піднесеним».

Наприклад

Лікар: «Як ви спите?» (Відкрите запитання).

Пацієнт: «По різному. Інколи погано засипаю. Залежить від того на скільки я втопився, а ще думки про минулий день не дають спокою. Іноді мені здається...».

Лікар: «О котрій годині ви зазвичай лягаєте спати? О котрій прокидаєтесь? Скільки годин спали минулу ніч? Чи прокидаєтесь впродовж ночі?». (Закриті запитання)

Практикуйте делікатне переривання монологу пацієнта. Наприклад: «Я бачу, як важлива для вас ця проблема, але не могли б ми повернутися до неї трохи пізніше?».

Періодично нагадуйте пацієнту про необхідність рухатись далі в процесі вашого спілкування.

Залежний (від члена родини або стосунків) пацієнт

В залежних стосунках член сім'ї неохоче залишає пацієнта самотійно з лікарем. Коли пацієнтові задають питання про його здоров'я, член сім'ї намагається першим відповісти на запитання, або пацієнт дивиться на члена сім'ї, перш ніж відповісти. Пацієнт, який активно спілкувався під час попередніх візитів, не говорить у присутності члена сім'ї. У пацієнта є ознаки, що вказують на фізичне насильство (наприклад, синці).

Намагайтесь говорити персонально із залежним пацієнтом. Попросіть члена родини надати можливість пацієнту особисто відповісти на питання. Наприклад: «Я розумію, що кожен з вас має свою думку стосовно..., але мені хотілося б почути думку кожного окремо».

Після знайомства та декількох хвилин спілкування делікатно попросіть члена родини залишити вас з пацієнтом на одинці. Наприклад: «Мені дуже приємно з вами познайомитись. Але зараз я б хотів поговорити з...» або «Отже ви можете обрати з ким я буду говорити першим»

Наголосіть про необхідність проведення фізичного огляду пацієнта без присутності родича, для того, щоб оцінити можливі ознаки фізичного насильства.

Якщо результати об'єктивного обстеження виявляють ознаки насилля, лікар зобов'язаний повідомити про це в правоохоронні органи або соціальну службу, при можливості госпіталізувати пацієнта.

Запитайте пацієнти чи є щось, що загрожує його здоров'ю. Наприклад: «Чи є щось, чого б ви не хотіли, щоб я говорив вашому родичу? Якщо ви не проти, я розповім йому лише про...».

Запитайте, чи є хтось інший, кого хотів би бачити пацієнт, або з ким можна зв'язатися замість присутнього члена сім'ї.

Мотиваційне інтерв'ювання в консультуванні

Мотиваційне інтерв'ювання (MI) – особлива техніка консультування, завдяки якій консультант стає помічником особи в процесі змін, ненав'язливо допомагаючи йому в процесі бесіди

самостійно розглядати свою проблемну поведінку з різних боків, а також приймати рішення щодо того, змінювати чи ні щось своїй поведінці.

МІ об'єднує найефективніші і разом з тим прості прийоми ведення бесіди - питання, слухання, підведення підсумків і підтримку.

Дана техніка застосовується в процесі **мотиваційного консультування** (МК) людей з різними видами залежностей (алкогольної, наркотичної, ігровий), осіб, які зазнали сексуального насильства, бездомних, тих, хто знаходиться в групі ризику інфікування ВІЛ, а також багатьох хронічних захворювань, що потребують змін способу життя.

Мета мотиваційного консультування – зміна моделі поведінки клієнта.

При проведенні МК використовується амбівалентність. *Амбівалентність* це двоїстість, внутрішні суперечності, які проявляються у кожної людини в процесі прийнятті рішень; нерішучість при ухваленні рішення «за» або «проти», «так» або «ні»; внутрішній конфлікт.

Завданнями МК є:

- допомогти пацієнту усвідомити проблему;
- надати пацієнту інформацію про проблему;
- допомогти пацієнту визначитися, чи готовий він щось змінити у своїй поведінці;
- спільно з пацієнтом знайти мотиви (причини) для змін;
- допомогти пацієнту визначитися, яким чином можна і потрібно діяти, здійснюючи заплановані зміни.

Основними принципами побудови стосунків з пацієнтом в процесі консультування є:

- Толерантність.
- Конфіденційність.
- Емпатія.
- Розподіл відповідальності.
- Клієнт в центрі уваги.

Поради до того, як побудувати бесіду в стилі МІ:

- створіть доброзичливу атмосферу взаєморозуміння;
- встановіть та підтримуйте добрий контакт із пацієнтом;

– вислухайте пацієнта і демонструйте йому, що намагаєтеся зрозуміти його поведінку, мотиви і персональну ситуацію;

– приведіть в порядок інформацію, надану пацієнтом, структуруйте, промовляйте певні моменти заново, щоб допомогти йому розібратися у власних думках і переживаннях щодо проблеми;

– привнесіть в розмову альтернативні вирішення проблеми і обговорюйте їх з пацієнтом;

– залишайте за пацієнтом право вибору на основі ретельного аналізу того, як краще вчинити;

– уникайте суперечок, прямого переконання і спроб що-небудь доказати;

– зменшуйте опір;

– підтримуйте та розвивайте самостійність пацієнта щодо прийняття та реалізації рішень.

Основними ознаками того, що інтерв'ю йде в стилі МІ це те, що пацієнт замислюється і роздумує над зміною поведінки, він говорить набагато більше, ніж лікар. Консультант говорить повільно і спокійно, вислуховує пацієнта, задає відкриті питання, не провокує опору особи. Зміна відбувається тоді, коли у людини сформовані і чітко виражені всі три складові його мотивації до змін:

ХОЧУ (бажання змінитися, розуміння мети й очікуваних результатів, для чого конкретна зміна необхідна людині).

МОЖУ (усвідомлення своєї здатності здійснити заплановані зміни і знання способів, технік, прийомів, рішень, за допомогою яких можна здійснити плановану зміну).

ГОТОВИЙ (питання пріоритету, коли зміни вже не відкладаються на потім, а стають актуальним, першочерговим завданням).

Формуючи мотивацію людини до змін, слід пам'ятати і працювати з усіма трьома компонентами її мотивації до даної зміни.

Модель зміни поведінки.

Двома вченими-практиками – Джеймсом Прочаскою і Карлом Ді Клементе була розроблена модель зміни поведінки, згідно з якою весь процес розподіляється на декілька стадій, а будь-яка зміна розглядається як процес, а не разова подія.

Стадії змін:

– Стадія перед наміру (попередня, допроблемна стадія, яка не усвідомлюється як проблема).

– Намір (перші думки про проблеми, пов'язані зі вживанням наркотичних речовин, алкоголю або зменшенням маси тіла).

– Стадія прийняття рішення та підготовка до дій.

– Стадія активних дій.

– Стадія підтримки змін.

– Зрив (необов'язкова стадія змін).

Перше завдання консультанта – виділити проблему і амбівалентність (подвійність), після чого встановити, на якій стадії змін знаходиться пацієнт, визначити рівень його мотивації до змін і потім вибрати стратегії консультування. Якщо стратегія обрана невдало, особа, вочевидь, буде проявляти опір.

Основні методи МІ

Відкриті запитання: ті, які передбачають розгорнуту відповідь, викликають роздуми або спонукають до розповіді. Рекомендується ставити уточнюючі запитання, при цьому бажано уникати запитання «чому», оскільки воно може викликати раціоналізацію – одну з форм заперечення і часто носить обвинувальний характер.

Заохочення і підтримка: щира підтримка пацієнта розвиває і зміцнює його самостійність і впевненість у власних силах, допомагає мобілізувати свої внутрішні ресурси для того, аби вживати заходів для досягнення змін. Висловлюючи підтримку, лікар каже: «Я чую, я розумію», він демонструє повагу до досвіду і почуттів пацієнта.

Відбиваюче (рефлексивне) слухання: лікар показує, що він точно чує і розуміє те, про що говорить або відчуває пацієнт шляхом повторення окремих фраз, переформулювання змісту сказаного, виділення значущих висловлювань.

Рефлексія почуттів відрізняється від рефлексії змісту. Тут консультант намагається вловити наявні у пацієнта почуття, а потім у процесі розмови дає зрозуміти особі, що розуміє їх.

Узагальнення (підбиття підсумку): узагальнюючі ствердження допомагають підсумувати весь матеріал або саме ту його частину, яку консультант обговорює з пацієнтом. Лікар подумки виділяє основні моменти серед розказаного клієнтом, а потім передає це йому. Підбиття підсумків, що об'єднує позитивні і негативні почуття або

аргументи пацієнта щодо вживання наркотиків або іншої небажаної поведінки, може допомогти особі усвідомити протиріччя його поведінки.

Отже довіра - це основа довготривалих стосунків між лікарем та пацієнтом, а сучасний лікар - більше, ніж просто "спеціаліст, що призначає ліки". Він повинен стати для пацієнтів джерелом авторитетної інформації, якому вони беззаперечно довіряють. Лікар має побудувати такі стосунки, коли людина не "гуглить" симптоми хвороби, а відразу йде до нього.

Комунікація з пацієнтом — це професійна навичка, яка має бути розвинена до професійного рівня. Вивчення основних навичок комунікації рід час навчання у ВНЗ та вдосконалення їх на практиці із періодичним післядипломним навчанням дозволять бути лікареві більш конкурентоздатним, бо на практиці пацієнти сприймають емпатію, комунікабельність і доброзичливість лікаря не нижче його професійності.

Список літератури

1. Asanova, A., & Khaustova, O. (2018). Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта.
2. Галіяш Н. Комунікативні навички в медицині : посіб. / Наталія Галіяш, Наталія Петренко, Наталія Бількевич. – Тернопіль : ТДМУ, 2019. – 132 с.
3. Пелешук А.П. Етика взаємовідносин лікаря і хворого / А.П. Пелешук, Л.П. Мусієнко. — К.: Здоров'я, 1993. — 89 с.
4. Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2013). Skills for Communicating with Patients. London: CRC Press, <https://doi.org/10.1201/9781910227268>
5. Kurtz, S., Draper, J., Silverman, J. (2005). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. London: CRC Press, <https://doi.org/10.1201/9781315378398>
6. Puntis M. Skills for Communicating with Patients (2nd edn). *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(1):85-86. doi:10.1308/003588406X83159c
7. Борисюк А.С. Психологічні особливості комунікативної компетентності лікаря//Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія/ А.С.Борисюк. – Івано-Франківськ: Вид-во «Плай» Прикарпатського ун-ту, 2001. – Вип.6. – Ч.2. - С.247-256.
8. King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of graduate medical education*, 5(3), 385–393. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-13-00072.1>

9. Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., Wever, L. D., & Aaronson, N. K. (2002). Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: A randomized controlled trial. *Jama*, 288(23), 3027–3034.
10. Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Boca Raton: Radcliffe Medical Press (Oxford).
11. Epstein, R. M. (2000). The science of patient-centered care. *The Journal of family practice*, 49(9), 805–807
12. Van Thiel J, et al. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht history-taking and advice checklist. *Med Educ* 1991; 25(3):224-9.
13. Ram P et al. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. *Med Educ*. 1999; 33:447-454.
14. Hobma S et al. Setting a standard for performance assessment of doctor-patient communication in general practice. *Med Educ* 2004; 38: 1244–1252.

Боцюк Н.Є.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського**

**ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО
ПРОТОКОЛУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
«ІНТЕГРОВАНЕ ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ» В
ПРАКТИКУ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ**

Вступ. Згідно з основними положеннями Конвенції ООН про права дитини, Європейською стратегією "Здоров'я та розвиток дітей і підлітків", наказами МОЗ України організація лікувально-профілактичної допомоги дітям є загальнодержавним пріоритетним напрямком, що забезпечує безперервне кваліфіковане медичне спостереження за дитиною від її народження до закінчення школи. Реформування системи охорони здоров'я з переорієнтацією на первинну медико-санітарну допомогу надає амбулаторно-поліклінічному етапу медичної допомоги дітям першочергового значення, оскільки саме первинна медична допомога забезпечує медико-соціальну опіку на особливих етапах життя пацієнта /сім'ї. Однак, реалії сьогодення такі, що обмежена кількість коштів,

матеріалів та обладнання на первинному рівні не дає сімейним лікарям достатньо можливостей для проведення складних клініко-діагностичних процедур. Саме тому у своїй практиці для визначення алгоритму ведення пацієнта вони часто покладаються на дані анамнезу та виявлені клінічні симптоми хвороби, що дозволяє їм раціонально використовувати наявні в амбулаторії ресурси.

Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) була розроблена в середині 90-х років ХХ століття Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я і Дитячим Фондом ООН. ІВХДВ – це комплексний підхід до охорони здоров'я дітей у віці до 5-ти років, у центрі якого - здоров'я дитини в цілому. Насьогодні ІВХДВ впровадили більше 100 країн світу, що привело до зниження дитячої смертності і покращення якості життя дітей. У 2009 р. стратегія ІВХДВ була адаптована і розпочалось її впровадження в Україні. Основними цілями стратегії ІВХДВ в нашій державі є сприяння наданню якісних медичних послуг дітям на первинному рівні медичної допомоги, покращення зростання та розвитку дітей у віці до 5 років, зниження захворюваності та дитячої смертності, необґрунтованої госпіталізації, поліпрагмазії, а також, підвищення рівня обізнаності батьків щодо питань догляду за дитиною та її розвитку (Наказ МОЗ України №438 від 12.05.2016: Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації інтегрованого ведення хвороб дитячого віку).

Стратегія ІВХДВ розглядає дитину як єдине ціле, даний підхід працює на всіх рівнях: як на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги так і на рівні сім'ї, громади. Головною перевагою стратегії є те, що вона не лише націлена на зниження дитячої та малюкової смертності, а також на попередження захворюваності та інвалідизації шляхом забезпечення якісного вкладу суспільства у здоров'я та всебічний розвиток дитини. У нормативних документах це передбачено комплексом заходів на рівні громад та установ системи охорони здоров'я направлених на забезпечення профілактичної та лікувальної допомоги шляхом вирішення найбільш поширених проблем, що впливають на здоров'я дітей молодшого віку. До того ж, стратегія виявилася дуже ефективною з точки зору економії фінансових коштів: оскільки використовуються ефективні та

безпечні для здоров'я дітей ліки, то необхідно меншу кількість лікарських препаратів Всесвітній банк розцінює ІВХДВ як одну із стратегій, здатних чинити значний вплив на глобальний тягар захворюваності серед дітей в усьому світі. При цьому ІВХДВ входить в десятку найбільш економічно ефективних заходів для країн як з низьким, так і середнім доходом.

На теперішній час Україна вже пройшла фазу раннього впровадження стратегії ІВХДВ. Активно впроваджено всі три її компоненти: удосконалення клінічних навичок медичного персоналу, зміни в системі охорони здоров'я та активізація роботи на рівні сім'ї і громади. Запорука успіху полягає в тому, що стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку співзвучна з реформами нашої держави, які сьогодні переживає система охорони здоров'я, враховуючи пріоритетність первинної ланки надання медичної допомоги. Серед країн, що впровадили програму інтегрованого ведення хвороб дитячого віку- Казахстан і Узбекистан, де зуміли навчити практично всіх медичних працівників, залучили до процесу адаптації базову і післядипломну підготовку лікарів, середнього медичного персоналу, включити рекомендовані ліки в національні формуляри лікарських препаратів. Триває впровадження ІВХДВ у Таджикистані, Білорусі, де основні позиції стратегії було використано у багатьох національних програмах, котрі фінансуються державою.

Сьогодні Україна йде далі: система інтегрованого ведення хвороб дитячого віку впроваджується не лише на рівні первинної ланки надання допомоги, але і торкається питання надання допомоги в стаціонарах, адаптуючи алгоритм ведення пацієнта.

Основна частина. Імплементация нового Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги "Інтегроване ведення хвороб дитячого віку" №438 від 12.05.2016 року поставила перед вищими навчальними закладами акцент у завданні підготовки кадрів на додипломному та післядипломному рівнях. Відповідно, вимогою часу стало підвищення уваги до якості підготовки фахівців із загальної практики - сімейної медицини у вищих навчальних закладах та удосконалення у медичних працівників знань і навичок у веденні здорових та хворих дітей за допомогою адаптованих до місцевих умов засад ІВХДВ.

Насьогодні основи інтегрованого ведення хвороб дитячого віку включені в програми медичної освіти. В Україні, в середовищі університетської науки, програма інтегрованого ведення хвороб дитячого віку зустріла широку дискусію, навіть деякий опір, оскільки багатьом викладачам здалося, що запропоновані підходи «спростять» (відкотять назад) систему надання медичної допомоги дітям. Розгорнулася широка дискусія. До обговорення питання адаптації програми ІВХДВ відповідно до потреб країни були залучені не тільки представники академічної науки, практичні лікарі, а й керівники охорони здоров'я нашої держави. В результаті було прийнято резолюцію, згідно з якою основні позиції стратегії ІВХДВ повинні входити у національну програму охорони здоров'я дітей. В результаті інтенсивної і непростой роботи групи в класифікацію основних клінічних симптомів та ознак і, як наслідок, в «Буклет схем» (основний інструмент у стратегії) - були внесені значні зміни: видалені такі нехарактерні для українців клінічні симптоми і стани, як малярія і крайній ступінь виснаження; переглянуто підходи до класифікації лихоманки: доданий додатковий блок з проблем з горлом, який відсутній в базовій версії ВООЗ / ЮНІСЕФ. Відповідно, перегляд торкнувся і переліку медикаментів, які можуть використовуватися в Україні при лікуванні захворювань пацієнтів дитячого віку. Також переглянута інформація про рекомендації по харчуванню дітей, яка відповідає наказу МОЗ України №149, та інформація про вакцинації, яка відповідає наказу МОЗ України №558. Вся ця величезна робота була проведена за інформаційної та фінансової підтримки представництва дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Було прийнято рішення про необхідність навчання практично всіх медичних працівників, а саме залучення до процесу адаптації базову і післядипломну підготовку лікарів первинної медичної допомоги та загальної практики-сімейної медицини, медичних сестер, фельдшерів, усіх фахівців, які надають медичну допомогу в невеликих населених пунктах. Також наголошено на важливості проведення навчання в сім'ї та включення рекомендованих ІВХДВ ліків у національні формуляри лікарських препаратів.

Насьогодні активно діє тренінговий інструмент підготовки фахівців ІВХДВ що дає можливість більш широкого залучення до навчання медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я, а також скорочення витрат і часу на навчання. Також, запропоновано для навчання клінічні керівництва ІВХДВ, котрі засновані на принципах доказової медицини, адже за основу взято досвід успішно проведених програм, спрямованих на лікування окремих захворювань (пневмонія, гострі респіраторні інфекції, діарея, питання грудного вигодовування). Такі тренінги також дозволяють регулярно оновлювати програму ІВХДВ та заохочують до внесення нових адаптаційних правок. Однак, для досягнення успішних результатів ІВХДВ не достатньо лише забезпечення населення медичною допомогою, яку надає добре навчений персонал. На відміну від усталеної системи охорони здоров'я головна перевага стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку полягає в тому, що вона фокусується на зміні практик на рівні сім'ї і громади. Слід зазначити, що активне залучення батьків в процес спостереження і лікування хворої дитини шляхом їх навчання і консультування медичними працівниками є дуже дієвим і ефективним інструментом.

На нашій кафедрі, в процесі вивчення студентами стратегії ІВХДВ ми також вирішили використовувати тренінгові технології навчання, котрі умовно розділили за модулями, пов'язаними з програмою ВООЗ: «Грудне вигодовування», «Харчування і догляд з метою розвитку дітей раннього віку», «Інтегроване ведення хвороб немовлят у віці перших двох місяців життя», «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку на рівні ПМСД», «Оцінка фізичного розвитку та консультування дітей перших п'яти років життя на рівні ПМСД».

Впродовж практичної частини заняття студенти перебували на амбулаторному прийомі разом із дільничим педіатром чи сімейним лікарем та відпрацьовували практичні навички по догляду за новонародженими та дітьми до 5-ти років (патронажні спостереження, амбулаторне ведення при дихальних порушеннях, жовтяниці, бактеріальних інфекціях, медичне спостереження за дітьми з вродженими вадами розвитку чи родовою травмою, з низькою вагою при народженні, тощо). У клінічних випадках у дітей із основними хворобами дитячого віку (кашель або утруднене

дихання, діарея, лихоманка), іншими проблемами (біль в горлі, проблеми з вухами) хворої дитини у віці від 2 місяців до 5 років і хворих немовлят у віці до 2 місяців проводили оцінювання, визначали лікування, використовуючи синдромний підхід; рекомендували ефективні та доступні лікарські засоби. У кабінеті здорової дитини проводили бесіди і давали рекомендації батькам по годуванню та догляду за здоровою дитиною та під час хвороби.

Практичні заняття на базі поліклінічного відділення міської дитячої лікарні та амбулаторій сімейного лікаря дають студентам унікальну можливість переконатися в ефективності первинної ланки надання медичної допомоги, вчать самостійно й відповідально вирішувати багато проблем хворих на первинному етапі. За таких умов навчання студенти почуваються максимально наближеними до практики повсякденного життя, що стимулює розвиток творчих здібностей кожного, підвищує пізнавальну активність формує не лише знання, вміння та навички з предмета, а й активну життєву позицію. При такому способі навчання теоретичні знання перетворюються на інструмент творчого усвідомлення соціальної дійсності майбутнім сімейним лікарем.

Нажаль, пандемія COVID-19 перемістила навчання у віртуальну площину. Навчальних процес перейшов у формат відеозв'язку із більш активним залученням системи MODLE, навчальних відеофільмів, матеріалів відео конференцій. Додатково студентам – майбутнім лікарям загальної практики – сімейної медицини представляють комп'ютерну версію програми ІВХДВ з використанням комп'ютеризованого тренінгу.

Засобом досягнення поставленої мети навчання ІВХДВ є заснований на фактах синдромний підхід із акцентом на найбільш поширені причини дитячої смертності. Водночас, як показала практика проведених занять, здебільшого нелегко змінити клінічні підходи, напрацьовані за попередні роки навчання. Саме так, зміна стереотипів у ведення хвороб дитячого віку виявилася найважчим моментом навчання. Зміни вимагають часу і ми переконані, що нове покоління лікарів охоче прийме практику інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, яка базується на принципах доказової медицини.

За умов віддаленого навчання впродовж заняття студенти працюють малими групами (2-3 особи) і, згідно з попередньо отриманим завданням (постановка проблеми стану дитини згідно з ІВХДВ), моделюють клінічну ситуацію та пропонують свою стратегію її вирішення (письмово), опираючись на основні принципи ІВХДВ.

Надалі, інша мала група студентів із 3-х студентів методом випадкового вибору отримує ситуаційну задачу із даним умовним основним симптомом. Відповідь має бути складена згідно з принципами ІВБДВ отримана без зволікань.:

1. Всі хворі діти повинні бути обстежені на наявність «загальних ознак небезпеки», котрі мають високий ступінь чутливості та специфічності, і вказують на необхідність термінового скерування на стаціонарне лікування. 2. Всіх хворих дітей слід рутинно оцінювати відповідно до основних симптомів (для дітей у віці від 2 місяців до 5 років: кашель або утруднене дихання, діарея, лихоманка, проблеми з вухом, проблеми з горлом; для немовлят у віці від 1 тижня до 2 місяців: бактерійна інфекція і діарея).

3. Також необхідно рутинно проводити оцінку статусу харчування, статусу щеплень, проблем вигодовування, а також інших можливих проблем у дітей.

4. Студенти повинні брати до уваги тільки обмежену кількість рекомендованих стратегією ІВХДВ клінічних ознак, опираючись на їх чутливість і специфічності для виявлення захворювання.

5. Надалі, вони не відразу переходять до діагнозу, а поєднують окремі ознаки та класифікують захворювання дитини. При цьому звертають особливу увагу на ступінь тяжкості захворювання. На підставі вищевикладеного алгоритму студенти приймають рішення про необхідність виконання певних дій, зокрема, чи повинна дитина бути терміново направлена для надання йому медичної допомоги на інший рівень системи охорони здоров'я, чи потребує дитина проведення спеціального лікування або ж чи дитину можна безпечно лікувати вдома.

5. Студентам слід пам'ятати, що керівництво ІВХДВ охоплює майже всі (за рідкісним винятком) основні причини, за якими батьки хворої дитини звертаються до медичного закладу. У випадку

рідкісних хронічних захворювань, дитина може потребувати спеціального лікування. Окрім того, у керівництві ІВХДВ не описуються ведення травм або інших екстрених видів невідкладного лікування, необхідних при нещасних випадках і пошкодженнях.

6. При виборі лікування хворих студентам належало враховувати, що ІВБДВ передбачає використання обмеженого числа основних лікарських препаратів і слід заохочувати до активної участі батьків чи осіб, що доглядають за дітьми в процес лікування дітей.

6. Одним з основних компонентів настанов ІВБДВ є консультиування батьків чи людей, які доглядають за дітьми, з питань ведення хворих на дому, включаючи питання вигодовування, прийому рідин, а також випадки, коли слід звернутися до медичного закладу. Тому цій складовій завдання приділяли велику увагу. Одним із важливих роз'яснень викладача на занятті є інтерпретація прав дітей в контексті надання медичної допомоги: дитину слід госпіталізувати тільки в разі крайньої необхідності. Програма інтегрованого ведення хвороб дитячого віку дозволяє правильно, чітко і оперативно визначити критерії для госпіталізації пацієнта в стаціонар.

Завдання викладача в умовах вивчення ІВХДВ полягає в стимулюванні самостійності та розвитку творчої активності майбутнього фахівця вже на додипломному рівні. Впродовж відпрацювання навичок належить спонукати студентів до переосмислення ними кожної окремої ситуації, уміння аналізувати залежність стану здоров'я дитини від зовнішніх обставин і якості життя сім'ї, участі місцевої громади й суспільства в цілому в зростанні підростаючого покоління.

ІВХДВ рекомендує тактику ведення хворих двох вікових категорій:

- 1) Діти у віці від 2 місяців до 5 років;
- 2) Діти у віці від 1 тижня до 2 місяців.

Студенти формують відповідь у чітко визначеній стратегією ІВХДВ послідовності кроків.

Детальний покроковий алгоритм дій в контексті ІВХДВ:

Крок 1. Оцініть. Оцінка під час амбулаторного прийому новонародженого чи дитини включає декілька важливих етапів, які повинні бути виконані студентом:

– збирання анамнезу і спілкування з особами, які доглядають за дитиною;

– оцінка наявності загальних симптомів небезпеки;

– визначення основних симптомів;

– оцінка режиму харчування;

– оцінка вигодовування дитини;

– оцінка проведених щеплень;

– оцінка інших проблем.

Для оцінки використовують тільки обмежену кількість клінічних симптомів, ретельно відібраних на основі їх чутливості і специфічності, а також із врахуванням реальних умов медичних закладів першого рівня: для дітей віком від 2 місяців до 5 років – кашель чи утруднене дихання, діарея, лихоманка, проблеми з вухом; для дітей у віці від 1 тижня до 2 місяців – бактеріальна інфекція і діарея.

Крок 2. Класифікуйте захворювання. На підставі результатів оцінки, групування виявлених симптомів і ознак студент повинен класифікувати захворювання дитини. Ця класифікація не є діагнозом в традиційному розумінні. Вона дозволяє «сортувати» пацієнтів на рівні надання первинної допомоги, вказує на ступінь важкості захворювання і дозволяє визначити тактику подальшого лікування і ведення дитини. Класифікація захворювань в контексті ІВХДВ базується на системі потрійного кольорового кодування: «рожевий» означає, що дитину необхідно терміново скерувати в стаціонар; «жовтий» вказує на необхідність початку амбулаторного лікування; «зелений» - на необхідність підтримуючого догляду вдома. Якщо у дитини декілька захворювань, кожне з них класифікують по системі потрійного кольорового кодування окремо.

Крок 3. Визначте лікування. Після класифікації всіх наявних захворювань студент повинен визначити лікування хворого. Якщо класифікація віднесена до категорії «рожевий» - дитину скеровують у стаціонар, причому до відправлення в стаціонар слід дати дитині необхідні препарати. Якщо дитина потребує амбулаторного лікування

(«жовтий»), то ІВХДВ передбачає чіткі рекомендації по веденню і план лікування (з визначеним переліком основних препаратів), який є національним стандартом. Якщо серйозних патологічних станів не виявлено («зелений»), слід проконсультувати маму по питаннях догляду за дитиною вдома.

Крок 4. Лікуйте дитину. Після визначення порядку ведення і лікування дитини медичний працівник повинен виконати необхідні дії, що відповідають виявленим станам. Якщо дитина скеровується в стаціонар, йому призначають дозу необхідного препарату (попереднє лікування). Якщо дитина потребує амбулаторного лікування, йому дають першу дозу необхідного лікування, медичний працівник навчає маму доглядати за дитиною, узгоджує час наступного візиту. Також слід навчити маму розпізнавати симптоми, які вказують на необхідність негайного звертання за медичною допомогою. Належить оцінити харчування чи грудне вигодовування, і, якщо виявлені проблеми, проконсультувати маму та усунути проблеми. Крім того, необхідно проконсультувати маму з питань збереження її власного здоров'я.

Крок 5. Проведіть наступний огляд. Деякі діти потребують більш, ніж одного огляду з приводу даного захворювання. Процес ІВХДВ допомагає визначити тих дітей, які потребують додаткових наступних оглядів. Під час повторного огляду дитини ще раз проводять оцінку на предмет нових проблем.

Амбулаторне ведення дітей у віці від 2 місяців до 5 років.

Збір анамнезу і спілкування з мамою. Дуже важливо налагодити ефективне спілкування, необхідно застосовувати прийоми ефективного спілкування. Уважно вислухайте маму, проявіть зацікавленість, серйозно віднесіться до її слів і проблем дитини. Використайте навички несловесного і словесного спілкування. Говоріть зрозумілою для матері мовою, задавайте запитання, вислуховуйте відповіді на поставлені запитання і заохочуйте маму до продовження бесіди.

Амбулаторне ведення дітей від 2 місяців до 5 років.

Загальні ознаки небезпеки необхідно рутинно перевіряти у всіх дітей.

У дитини були судоми під час даного захворювання. Судоми, обумовлені лихоманкою, як правило не є небезпечними для здоров'я дитини. Однак слід пам'ятати, що судоми можуть бути обумовлені менінгітом чи іншими небезпечними для життя захворюваннями. На етапі первинної допомоги всі діти, у яких були судоми під час даного захворювання, розцінюються як важко хворі.

Дитина в безсвідомому чи летаргічному стані. Відсутність свідомості вказує, що дитина важко хвора. Летаргічний стан – дитина не спить, однак не реагує адекватно на звуки і дотики. Такий стан може бути обумовлений різними, як правило, важкими захворюваннями.

Дитина не може пити чи смоктати груди. Причини цього стану можуть бути різними. Можливо, дитина дуже ослаблена, чи не може ковтати. Не слід повністю покладатися на дані, отримані від матері. Слід спостерігати, як мати годує дитину грудьми чи поїть її.

У дитини блювота після прийому будь-якої їжі чи пиття. Блювота може бути ознакою цілого ряду важких захворювань та призводить до того, що дитина не може приймати препарати чи розчини для регідратації.

Якщо у дитини є один чи декілька загальних ознак небезпеки, його слід класифікувати як важкохворого («рожевий»). Така дитина, як правило, потребує негайного скерування в стаціонар. Необхідно швидко оцінити стан дитини і перед відправленням в стаціонар дати першу дозу необхідного препарату (наприклад, антибіотик), а матері – рекомендації по її діях під час транспортування (наприклад, давати дитині дрібно і часто пити сольовий розчин для оральної регідратації чи годувати дитину грудьми).

Оцінка і класифікація основних симптомів і визначення тактики лікування при первинному огляді. Після перевірки на наявність загальних ознак небезпеки медичний працівник повинен оцінити дитину на наявність основних симптомів.

В базових клінічних посібниках ІВХДВ наведені чотири наступних симптоми:

- 1) кашель чи утруднене дихання;
- 2) діарея;
- 3) лихоманка;

- 4) проблеми з вухом
- 5) проблеми з горлом.

Кашель чи утруднене дихання може бути проявом пневмонії чи важкої респіраторної інфекції. Після огляду на наявність симптомів небезпеки необхідно запитати маму, чи є у дитини кашель чи утруднене дихання; якщо є, то як довго у дитини спостерігається цей симптом.

Для оцінки хворої дитини з кашлем чи утрудненим диханням використовуються наступні клінічні ознаки:

- 1) частота дихання;
- 2) втягнення нижнього краю грудної клітки;
- 3) стридор;
- 4) астмоїдне дихання.

Всі ці ознаки слід оцінювати, коли дитина знаходиться в стані спокою.

Прискорене дихання (від 2 до 12 міс. – 50 і більше за 1 хв., від 12 міс. до 5 років – 40 і більше) - найбільш чутлива і специфічна ознака для виявлення пневмонії. Втягнення нижнього краю грудної клітки є важливою ознакою важкої пневмонії. Однак слід пам'ятати, що збуджений стан, закладений ніс чи смоктання грудей можуть викликати тимчасове втягнення грудної клітки. Стридор – хриплий звук на вдосі дитини. Діти зі стридором в спокої схильні до обструкції і повинні бути скеровані в стаціонар. Поява стридора лише при плачі чи збудженні не є причиною скерування дитини в стаціонар. Астмоїдний звук, що виникає на вдосі, частіше обумовлений бронхіальною астмою. Якщо у дитини є астмоїдні звуки на вдосі, про наявність чи відсутність прискореного дихання роблять висновки після проведення тесту за допомогою швидкодіючого бронхолітика. На етапі первинної допомоги не проводять диференційну діагностику між бронхіолітом і пневмонією.

На основі вище перерахованих ознак, захворювання дітей з кашлем чи утрудненим диханням можна класифікувати за трьома категоріями:

1. *Важка пневмонія чи дуже важке захворювання («рожевий»)* – у дитини є будь-який загальний симптом небезпеки чи втягнення нижньої стінки грудної клітки, чи стридор в спокої; вірогідно, дитина

має бактеріальну інфекцію, небезпечну для життя; необхідно ввести першу дозу антибактеріального препарату і швидко доставити в стаціонар. Дітям віком від 2-х до 59-ти місяців з дуже тяжкою пневмонією або дуже тяжким захворюванням перед транспортуванням до стаціонару необхідно, згідно з ІВХДВ, ввести першу дозу парентерального антибіотика - ампіцилін (або пеніцилін) та гентаміцин в якості першої лінії терапії.

– Ампіцилін: 50 мг/кг, або бензилпеніцилін: 50000 ОД/кг внутрішньом'язово/внутрішньовенно.

– Гентаміцин: 7,5 мг/кг внутрішньом'язово/внутрішньовенно.

2. *Пневмонія («жовтий»)* – у дитини спостерігається прискорене дихання але відсутні втягнення грудної клітки або ознаки небезпеки; вона потребує амбулаторного лікування антибактеріальними препаратами через високу ймовірність бактеріальної пневмонії. Дитині слід призначити пероральний амоксицилін. При астмоїдному диханні застосовують аерозольний бронхолітик протягом 5 днів; призначають препарати, що пом'якшують кашель; наступний огляд – через 2 дні. Якщо ж у дитини кашель не припиняється більше 3 тижнів необхідно виключити туберкульоз, бронхіальну астму чи іншу проблему (при необхідності, в умовах стаціонару).

3. *Кашель чи застуда («зелений»)* – дитина не потребує антибактеріального лікування, слід призначити безпечний засіб для полегшення кашлю, видужання – через 1 чи 2 тижні; наступний огляд – через 5 днів. Якщо ж у дитини кашель не припинився більше 3-х тижнів, необхідно виключити туберкульоз, бронхіальну астму чи іншу проблему (при необхідності, в умовах стаціонару).

Діарея є наступним симптомом, який необхідно рутинно перевіряти у кожної дитини, що звернулась по допомогу. Дитина з діареєю може мати наступні 3 потенційно смертельні небезпечні захворювання: гостру водянисту діарею (включаючи холеру); дизентерію (кров'яна діарея); затяжну діарею (тривалістю більше 14 днів). Всіх дітей з діареєю необхідно оцінити за ознаками зневоднення, тривалістю діареї, наявністю крові у випорожненнях.

Для визначення ступеня зневоднення використовується декілька клінічних ознак:

– загальний стан дитини - в залежності від ступеня зневоднення дитина з діареєю може бути летаргічна/без свідомості чи тривожна (діти, яких неможливо заспокоїти);

– запалі очі – менш надійна ознака зневоднення, так як у дитини з важкими порушеннями харчування і наявним виснаженням очі можуть постійно виглядати запалими;

– реакція дитини на пропозицію пити - не може пити (не може набирати рідину в рот і ковтати її), п'є погано (потребує сторонньої допомоги), може ковтати рідину лише, якщо її вводять в рот, п'є жадібно;

– еластичність шкіри (тест шкірної складки) – після відпускання, шкірна складка розправляється дуже повільно (більше 2 секунд), повільно (складка зберігається протягом короткої миті) Однак, у дитини з важким порушенням харчування шкірна складка може розправлятися повільно, навіть якщо у дитини нема зневоднення, у дитини з надлишковою вагою чи з набряком шкірна складка може розпрямлятися негайно, навіть якщо дитина зневоднена.

Після оцінки дитини ступеня зневоднення слід з'ясувати, як довго триває діарея і чи є кров у випорожненнях. Це дозволить виявити дітей з затяжною діареєю чи дизентерією.

На основі наведених вище клінічних ознак, захворювання з діареєю можна класифікувати за наступними категоріями:

1. *Важке зневоднення («рожевий»)* – у дитини є 2 з перерахованих ознаки: летаргічний/безсвідомості, запалі очі, не може пити, шкірна складка розправляється повільно; дефіцит рідини більше 10%. Необхідно негайно розпочати введення рідини внутрішньовенно, через зонд чи приступити до оральної регідратації і швидко скерувати в стаціонар. В амбулаторії (згідно з Планом Лікування В, ВООЗ) належить ввести ВВ рідини 100 мл/кг. Кращим і комерційно доступним є розчин Лактату Рінгера. Фізіологічний розчин не корегує ацидоз і не заповнює втрати калію, але може бути використаний. Цілісні розчини глюкози і декстрози не припустимі для використання при лікуванні тяжкого зневоднення.

2. *Помірне зневоднення («жовтий»)* – у дитини є 2 із перерахованих ознак: тривожний/дратівливий, запалі очі, жадібно п'є, шкірна складка розправляється повільно; дефіцит рідини 5-10%;

дитина потребує оральної регідратації і амбулаторного лікування; Дайте початкове лікування за допомогою ОРС впродовж чотирьох годин. Приблизний обсяг необхідної ОРС (в мл) може бути розрахований шляхом множення ваги дитини (в кг) на 75. Впродовж цих чотирьох годин матір повільно дає дитині рекомендований об'єм ОРС чайною ложкою або ковтками з чашки, годування грудним молоком має продовжуватись. Через чотири години дитину повторно оцінюють, повторно класифікують за рівнем зневоднення, а також має розпочатися годування. Раннє відновлення годування важливо для забезпечення потреби організму в калії і глюкозі.

3. *Нема зневоднення («зелений»)* – у дитини не достатньо ознак, щоб класифікувати важке чи помірне обезводнення; дефіцит рідини не перевищує 5%. Рекомендовано три правила лікування вдома: давати додаткову рідину, продовжувати годування та інформувати матір, коли слід звернутися до лікаря (якщо у дитини з'являється кров у випорожненнях, дитина погано п'є, стан погіршується або не покращується через три дні).

Рекомендована домашня рідина повинна бути безпечна при призначенні у великих обсягах (необхідно уникати дуже солодкого чаю, сухих напоїв і підсолоджених фруктових напоїв, а також необхідно уникати рідин з проносною дією і стимулянтів); проста в приготуванні; прийнятна; ефективна.

Затяжна діарея – це епізод діареї, з кров'ю у випорожненнях чи без неї, який почався як гостре захворювання і продовжується 14 днів і більше; часто супроводжується втратою ваги. Вона складає 15% всіх епізодів діареї, обумовлює. Захворювання всіх дітей, у яких діарея продовжується протягом 14 днів чи більше, необхідно класифікувати, базуючись на наявності чи відсутності зневоднення:

Важка затяжна діарея («рожевий») – у дитини є будь-яка ступінь зневоднення, йому необхідно почати лікування зневоднення і скерувати в стаціонар.

Затяжна діарея («жовтий») – у дитини нема ознак зневоднення, лікують амбулаторно, дають рекомендації по харчуванню, призначають полівітаміни і цинк на 14 днів; наступний огляд – через 5 днів.

Дизентерія («жовтий») – у дитини діарея з кров'ю, що є ознакою інвазивної кишкової інфекції, яка складає близько 10% всіх епізодів діарей у дітей віком до 5 років, викликає до 15% всіх смертельних випадків при діареї; особливо важко перебігає при порушенні харчування; дитині призначають антибактеріальний препарат, ефективний проти *Shigella*, наступний огляд – через 2 дні.

Повторний огляд дитини з класифікацією помірно зневоднення залежить від стану та плану лікування. Повторний огляд дитини з діареєю, у якої немає зневоднення здійснюють через три дні. За умови відсутності зневоднення дитину, стан якої було класифіковано як затажна діарея повторно оглядають через 5 днів.

Лихоманка – температура в підпахвинній ділянці вище 37,5°C (ректальна – вище 38,0°C). Дитину з лихоманкою слід оцінити за наступними ознаками:

– *ригідність потиличних м'язів* – може бути ознакою менінгіту чи іншого дуже важкого захворювання;

– *тривалість лихоманки* – при вірусних інфекціях лихоманка проходить через декілька днів, лихоманка протягом більше 5 днів вказує на наявність більш важкого захворювання (наприклад, черевного тифу);

– *кір* (лихоманка, генералізований висип, почервоніння очей, нежить чи кашель) – дає високий ризик виникнення ускладнень, тому якщо дитина хвора на кір в даний момент або перенесла це захворювання впродовж останніх трьох місяців, таку дитину необхідно оцінити на наявність можливих ускладнень.

Перед тим, як класифікувати захворювання дітей з лихоманкою, слід перевірити наявність очевидних причин лихоманки (біль у вусі, опік, абсцес і ін.).

Класифікація лихоманки

1. *Дуже важке фібрильне захворювання «рожевий»* – у дитини є будь-яка загальна ознака небезпеки і ригідність потиличних м'язів; слід ввести першу дозу антибактеріального препарату, провести профілактику гіпоглікемії, при температурі тіла 38,5°C і вище дати одну дозу парацетамолу і швидко скерувати в стаціонар.

2. *Можлива бактеріальна інфекція («жовтий»)* – у дитини нема загальних ознак небезпеки і ригідності потиличних м'язів, в

місцевості проживання нема ризику малярії, нема очевидних причин лихоманки (наприклад, нема пневмонії, інфекції вуха чи запалення горла), але припускається її бактеріальний характер; необхідно лікувати відповідно. Якщо лихоманка щоденно продовжується більше 5 днів, дитину необхідно скерувати в стаціонар для додаткової оцінки.

3. *Лихоманка без ускладнень («зелений»)* – у місцевості де немає ризику зараження малярією, якщо у дитини немає клінічних ознак або явної інфекції. Такі діти потребують проведення огляду через 2 дні для подальшого спостереження і подальшої оцінки. Якщо лихоманка триває більше п'яти днів, необхідно направити в стаціонар для додаткової оцінки.

Проблеми з вухом. Необхідно перевірити у всіх дітей, що звернулись по допомогу. У дитини може бути інфекція вуха. Якщо неможливо провести отоскопію, оцінюють наступні клінічні ознаки:

1) болюча припухлість за вухом (у немовлят болісна припухлість може також бути і над вухом) – ознака глибокої інфекції соскоподібного відростка (мастоїдиту), частіше односторонній процес;

2) біль у вусі – рання ознака гострого отиту, проявляється роздратованістю, потиранням вуха;

3) гнійні виділення з вуха, потрібно уточнити їх тривалість.

На основі наведених вище клінічних ознаках, захворювання дитини можна класифікувати:

1. *Мастоїдит («рожевий»)* – необхідно дати першу дозу антибактеріального препарату, одну дозу парацетамолу і негайно скерувати в стаціонар.

2. *Гостра інфекція вуха («жовтий»)* – у дитини є біль у вусі чи гнійні виділення з вуха протягом менше 14 днів; необхідно призначити такий же антибактеріальний препарат першого ряду як при пневмонії на 5 днів, при болі дати парацетамол.

3. *Хронічна інфекція вуха («жовтий»)* – у дитини є гнійні виділення з вуха протягом 14 днів і більше; необхідно сушити вухо турундою, місцеве лікування вушними краплями протягом 2 тижнів.

4. *Нема інфекції вуха («зелений»)* – у дитини нема ознаків інфекції вуха; не потребує ніякого спеціального лікування.

Повторний огляд дитини, стан якої було класифіковано як гостра інфекція вуха проводять через два дні. Дитину з хронічною інфекцією вуха повторно оглядають через 5 днів.

Проблеми з горлом. Одним з головних завдань є диференціація запалення горла вірусної та бактеріальної етіології. 50 - 80% випадків інфекційного запалення горла має вірусну етіологію, включаючи вірус грипу та вірус простого герпесу. Крім того, в 1-10% випадків причиною є вірус Епштейн-Барра. Найбільш поширений бактеріальний патоген – бета-гемолітичний стрептокок групи А. Наступні ознаки допоможуть визначити рівень ризику інфекції бета-гемолітичного стрептококу групи А:

- Наліт на мигдаликах.
- Болючі передньо-шийні лімфатичні вузли.
- Лихоманка під час даного захворювання.
- Відсутність кашлю/нежитю.

Перевірка статусу харчування у хворих дітей проводиться для того, щоб виявити:

- 1) *Ускладнене тяжке порушення годування;*
- 2) *Неускладнене тяжке порушення годування або надзвичайно мала маса тіла;*
- 3) *Анемію.*

Крім ваги для даного віку у дитини оцінюють наступні клінічні ознаки:

- 1) *видиме важке виснаження – важке похудання плечей, сідниць і ніг, з явно виступаючими ребрами;*
- 2) *набряк двох стоп може бути як в результаті квашіоркору, так і інших захворювань;*
- 3) *блідість долонь – дозволяє виявити важку анемію, але специфічність лабораторного тесту для діагностики анемії вища.*

На основі наведених вище клінічних ознаках, захворювання дитини можна класифікувати:

1. *Важке порушення харчування чи важка анемія («рожевий») – у дитини є видиме важке виснаження, чи набряк обох стоп, чи важка блідість ладонь; у зв'язку з високим ризиком смерті слід скерувати в стаціонар.*

2. *Дуже низька вага (для віку) чи анемія («жовтий»)* – у дитини виявлені зміни ваги (оцінка по стандартним таблицям чи шкалам), чи рівня гемоглобіну, чи є помірна блідість долонь; при дуже низькій вазі необхідно оцінити харчування дитини і проконсультувати маму по цих питаннях, повторний огляд – через 30 днів; при анемії необхідно дати оральний препарат заліза, повторний огляд – через 14 днів; кожні 6 місяців рекомендовано проводити дитині дегельмінтизацію.

3. *Нема дуже низької ваги чи нема анемії («зелений»)* – у дитини віком до 2 років оцінюють харчування і консультують мати по питаннях харчування.

Оцінка харчування дитини проводиться у всіх дітей віком до 2 років і всіх дітей захворювання яких класифікується, як анемія чи дуже низька вага, по наступних критеріях:

- 1) частота грудного вигодовування і нічні годування;
- 2) типи додаткових продуктів чи рідин, частота годування і чи воно активне;
- 3) практика вигодовування під час даного захворювання.

Якщо виявлені проблеми з вигодовуванням, матері необхідно дати поради з метою їх подолання.

Перевірка дотримання календаря щеплень проводиться у кожної хворої дитини, що звернулась за допомогою.

Оцінка інших проблем. Крім кожного з основних симптомів, оцінюють і деякі інші розповсюджені захворювання: сепсис, туберкульоз, кон'юнктивіт і різні інші причини лихоманки чи важкого стану; дітям з цими захворюваннями дають першу дозу необхідного препарату і скеровують в стаціонар. Якщо нема показань до термінової госпіталізації, дуже важливо приділити увагу і іншим скаргам матері, оцінити інші проблеми, наприклад, інфекцію шкіри, свербіння чи збільшення лімфатичних вузлів та іншу.

Лікування дитини. Всіх дітей з «рожевою» класифікацією відразу після завершення оцінки і проведення необхідного лікування скеровують в стаціонар. Перелік невідкладних лікувальних заходів перед скеруванням в стаціонар включає призначення антибактеріального препарату, вітаміну А, парацетамолу, тетрациклінової очної мазі, сольового розчину для оральної

регідрації, а також профілактику гіпоглікемії за допомогою грудного молока чи підсолодженої води. Якщо у дитини судоми, застосовують діазепам чи паральдегід ректально; якщо судоми продовжуються через десять хвилин, дають другу дозу діазепаму ректально.

Консультавання матері. Успіх лікування вдома залежить від того, наскільки правильно мати виконує рекомендації. Навчання матері виконують в три етапи: етап 1 – надати їй інформацію; етап 2 – показати, як виконувати рекомендацію; етап 3 – попросити маму виконати рекомендацію самостійно.

При навчанні мами необхідно:

- 1) використовувати зрозумілі слова і знайомі допоміжні засоби;
- 2) хвалити за те що було зроблено правильно і тактовно виправляти у випадку помилки;
- 3) надавати можливість для додаткової практики;
- 4) заохочувати маму задавати уточнюючі запитання і відповідати на них;
- 5) перевіряти, чи правильно мама зрозуміла інформацію, і чи здатна вона виконувати рекомендації.

Амбулаторне ведення дітей від 1 тижня до 2 місяців

Процес оцінки хворих немовлят включає наступні етапи:

- Перевірка на наявність можливої бактеріальної інфекції;
- Оцінка, чи є у немовляти діарея;
- Перевірка на наявність проблем годування або низької ваги;
- Перевірка щеплень;
- Оцінка за іншим проблемам.

Перевірка на наявність основних симптомів.

Оскільки ознаки пневмонії та інших тяжких бактеріальних інфекцій не можуть бути легко помітні в даній віковій групі, рекомендується спочатку оцінити всіх хворих немовлят за ознаками можливої бактеріальної інфекції.

Клінічні ознаки, що вказують на можливу бактеріальну інфекцію у хворих немовлят:

Судоми (у процесі поточного захворювання).

Прискорене дихання. Частота 60 дихань за хвилину є пороговим значенням для визначення прискореного дихання (підрахунок провести декілька разів).

Тяжке втягнення грудної клітки. Дуже глибоке, легко помітне втягнення - ознака пневмонії або іншої тяжкої бактеріальної інфекції.

Наявність пустул, почервоніння пупка або гнійних виділень з вуха є ознакою можливої бактеріальної інфекції.

Летаргічний стан або стан без свідомості, або знижена рухливість, Температура тіла (лихоманка або гіпотермія) може вказувати на тяжку бактеріальну інфекцію і може бути єдиною її ознакою

Класифікація можливої бактеріальної інфекції

ДУЖЕ ТЯЖКЕ ЗАХВОРЮВАННЯ («рожевий») У хворого немовля є одна з таких ознак: прискорене дихання, тяжке втягнення грудної клітки, судоми, лихоманка, гіпотермія, летаргічність, втрата свідомості або знижена рухливість, ніж зазвичай. Такого немовля необхідно терміново направити в стаціонар після призначення йому антибактеріального препарату та проведення профілактичного лікування гіпоглікемії. Якщо є судоми, слід провести протисудомну терапію.

МІСЦЕВА БАКТЕРІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ («жовтий») У хворого немовля є почервоніння або гнійні виділення з пупка, пустули на шкірі. Такого немовля можна лікувати амбулаторно за допомогою пероральних антибактеріальних препаратів, навчити маму лікувати місцеву інфекцію і доглядати за дитиною, наступне спостереження – через 2 дні.

Тяжке захворювання чи місцева бактеріальна інфекція малоймовірна («зелений») – у дитини нема симптомів дуже важкого захворювання чи місцевої бактеріальної інфекції; навчити маму, як доглядати за дитиною.

Жовтяниця – часте захворювання у новонароджених, її оцінюють за наступними ознаками: час появи; локалізація – жовтушність долонь і підощв.

На основі наведених вище клінічних ознак, стан новонароджених можна класифікувати по наступних категоріях:

1. *Важка жовтяниця («рожевий»)* – у новонародженого є жовтяниця будь-якої локалізації, що виникає у віці до 24 годин, чи жовтяниця долонь і ступнів в будь-якому віці; необхідно провести профілактику гіпоглікемії, швидко скерувати в стаціонар, проконсультувати мати, як зігрівати дитину під час транспортування.

2. *Жовтяниця («жовтий»)* – у новонародженого є жовтяниця, що виникла у віці від 24 годин, і долоні і ступні не жовті; проконсультуйте маму, як доглядати за дитиною, в яких випадках звернутись за допомогою; якщо дитині більше 14 днів, скерувати в стаціонар для обстеження; повторний огляд - через 1 день.

3. *Нема жовтяниці («зелений»)* – у новонародженого нема жовтяниці; проконсультуйте маму, як доглядати за дитиною.

Діарея. Всіх хворих новонароджених необхідно перевірити на наявність діареї. Всіх новонароджених з затяжною діареєю чи кров'ю у випорожненнях слід скерувати в стаціонар.

Проблеми вигодовування чи низька вага у новонароджених оцінюють за наступними ознаками: частота годування грудьми, нічні годування; використання інших продуктів харчування чи рідин, частота їх застосування; практика годування під час даного захворювання; вага для віку.

Стан новонароджених можна класифікувати по наступних категоріях:

1. *Не може їсти - можлива серйозна бактеріальна інфекція.* У немовляти, яке не може їсти або яке не можна прикласти до грудей або не може ефективно смоктати, є проблема, що представляє небезпеку для життя. Таку дитину необхідно направити в стаціонар після проведення лікування.

Проблема годування чи низька вага - у новонародженого є такі проблеми, як неправильне прикладання до грудей, чи неефективне смоктання, чи частота годування грудьми рідше 8 раз/добу, чи використання інших продуктів харчування чи рідини крім грудного молока, чи низька вага для віку, чи молочниця (виразки/білий налет в роті). Необхідно проконсультувати маму з приводу кожної з проблем вигодовування. Повторний огляд з приводу проблем з годуванням – через 2 дні; з приводу низької ваги – через 14 днів.

2. *Нема проблем вигодовування* – у новонародженого нема низької ваги для віку і воно знаходиться на винятково грудному вигодовуванні.

Оцінка щеплень у новонароджених проводиться так само, як у дітей більш старшого віку.

Оцінка інших проблем у новонароджених проводиться, як і у дітей більш старшого віку.

Консультавання матері повинно включати наступні основні моменти: навчання, як давати оральні лікарські засоби чи як лікувати місцеві інфекції; навчання правильному прикладанню до грудей; практична допомога в прикладанні новонародженого до грудей; поради по використанню інших продуктів харчування і рідин. Порадьте негайно звернутись в медичний заклад, якщо у новонародженого є будь-яка із наступних ознак: погано смоче груди, стан погіршився, з'явилась лихоманка, прискорене дихання, утруднене дихання, кров у випорожненнях.

Наступні спостереження дитини. Проведення повторних візитів для подальшого спостереження рекомендується для дітей, захворювання яких класифікують як місцева бактеріальна інфекція (включаючи молочницю) і проблема вигодовування чи низька вага.

Щодо препаратів, то ІВХДВ рекомендовано використання обмеженого числа медикаментів для вирішення 75% клінічних проблем: 9 лікарських засобів для планової терапії та 6 лікарських засобів для надання догоспітальної допомоги

Лікарські засоби:

1. Антибактеріальні засоби системного застосування: азитроміцин, амоксицилін, ампіцилін, гентаміцин, сульфаметоксазол + триметоприм, цефтриаксон, цефуроксим, хлорамфенікол.

2. Селективні агоністи β 2-адренорецепторів: сальбутамол.

3. Глюкокортикостероїди: дексаметазон, преднізолон.

4. Протисудомні лікарські засоби: діазепам.

5. Препарати заліза (III) для перорального застосування: комплекс заліза гідроксиду з полімальтозою.

6. Аналгетики та антипіретики: парацетамол.

7. Нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен

8. Вітаміни: кислота аскорбінова, кислота фолієва, холекальциферол, ергокальциферол, ретинол.

9. Сольові суміші для пероральної регідратації: натрію хлорид + глюкоза + натрію цитрат + калію хлорид.

10. Засоби для застосування в отоларингології (вушні краплі): ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин.

11. Засоби для застосування в офтальмології (очні краплі): декаметоксин, мірамістин.

12. Антисептики для місцевого застосування: водний розчин метиленового синього, спиртовий розчин метиленового синього.

12. Протиепілептичні засоби: фенобарбітал.

13. Препарати цинку.

Поліпшення практики догляду за дитиною в сім'ї і суспільстві є однією з основних частин стратегії ІВБДВ, розробленої і впровадженої Департаментом ВООЗ «Здоров'я і розвиток дитини і підлітка» та ЮНІСЕФ. Метою цього компонента стратегії є встановлення, закріплення і забезпечення в родині життєстійкості, необхідної для виживання, зростання і розвитку дитини. В рамках стратегії ІВБДВ були розроблені ключові аспекти практики в сім'ї, найважливіші з яких: підтримка фізичного та психічного здоров'я та розвитку дітей (виключно грудне вигодовування до досягнення дитиною віку 6 місяців, введення прикорму з 6-місячного віку, мікронутрієнти (залізо, вітамін А, йод), оптимальний психосоціальний розвиток); профілактика захворювань (в тому числі привчання до миття рук); правильне лікування вдома (особливо правильне лікування інфекцій у дитини); звернення за адекватною допомогою (раннє розпізнавання необхідності звернення за кваліфікованою медичною допомогою, звернення до відповідних фахівців) і ін. Патронажне спостереження дітей раннього віку зобов'язує фахівців первинної ланки навчати, консультувати і підтримувати батьків з питань харчування та догляду, щоб забезпечити повноцінне зростання, розвиток і своєчасне попередження хвороб.

На завершення практичної діяльності проводили обговорення за методикою «круглого столу» із оцінюванням викладачем результатів роботи студентів. Серед переваг застосування такої освітньої

технології - зміна функції викладача котрий стає справжнім наставником, консультантом-координатором дослідницької діяльності студента. Під час аналізу та оцінювання брали до уваги чіткість і швидкість навичок ІВХДВ (перевірки наявності ознак небезпеки у дитини, оцінювання і класифікації стану дитини за наявністю основних симптомів, призначення необхідної терапії та консультування матері). Причому, цей процес у студентів в середньому займав не більше 15 хв. Окремо оцінювалось використання в роботі «Буклету схем». Такі буклети рекомендовано розробниками стратегії ІВХДВ, вони допомагають при оцінці стану дитини не пропустити ту чи іншу суттєву ознаку захворювання, що особливо важливо для середнього медичного персоналу, який становить до 75% від загальної кількості співробітників первинного рівня надання медичної допомоги дитячому населенню.

На завершення заняття відповіді студентів порівнювали із «протоколом дій» попередньо поданим письмово іншою малою групою студентів. В такий спосіб було змодельовано та опрацьовано всі основні складові ІВХДВ. На нашу думку такі підходи до контролю та оцінювання роботи студентів покликані забезпечити об'єктивність та стимулювати їх подальшу систематичну самостійну роботу. Така стимулююча бально-рейтингова система оцінки практично-орієнтованої навчальної діяльності в поєднанні з прогресивними принципами педагогіки забезпечує впровадження здорової конкуренції в навчанні.

Висновок. Сучасні технології вивчення стратегії ІВХДВ, що застосовуються в підготовці майбутніх лікарів загальної практики-сімейних лікарів на додипломному рівні підвищують ефективність засвоєння знань, сприяють ранньому формуванню професійних і особистісних якостей майбутніх сімейних лікарів та сприяють більш ефективному вирішенню основних проблем здоров'я у дітей від 0 до 5 років.

Література

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Ведення найбільш поширених станів у дітей віком до 5-ти років у контексті інтегрованого ведення хвороб дитячого віку», 2016.
2. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

3. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за №1159/19897.
4. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313.
5. Наказ МОЗ України від 30 березня 2015 року №183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності». 6. Наказ МОЗ України від 21 серпня 2014 року №585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медикосанітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
6. WHO Recommendations for management of common childhood conditions. 2012

Воронцов О.О.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ДЕЯКІ СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАЦЬКОЇ ПРАКТИКИ З ПИТАНЬ ДОПОЛОГОВОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА НАДАННЯ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ

Вступ. Імовірність зниження якості підготовки фахівців медичної галузі, через тривалі карантинні обмеження в клінічних навчальних базах та дистанційний режим навчального процесу в університетах – є реальністю. Слід вважати також на деяку незгодженість між вітчизняними нормативними документами МОЗ та міжнародними медичними протоколами, що зберігається й заважає чіткому розумінню своїх професійних обов'язків та прав, як майбутніми лікарями, так і викладачами [1].

Мета дослідження. Визначити можливі шляхи оптимізації підготовки сімейних лікарів з акушерських питань в сучасних умовах.

Матеріал і методи дослідження. Нами пропонується ретроспективний аналіз багаторічного власного досвіду викладацької

й лікувальної діяльності та роботи в зазначених вище сучасних умовах 2020-2021 року.

Результати й обговорення. Сучасність, у вигляді пандемії COVID-19, змушує згадувати про настанови Гіппократа: «Перший обов'язок кожного, хто вирішив стати лікарем і опанувати лікарським мистецтвом, – це навчання в кабінеті лікаря і в лікарні. Головна справа учня – вчитися у тих, хто вже володіє практичною майстерністю лікаря. Всяка справа вдосконалюється оволодінням техніки. Всякий навик досягається вправою» [2]. Сучасність полягає також у надзвичайних технічних, зокрема комунікативних можливостях, про які ще 15-20 років тому годі було й мріяти. Практично, миттєвий обмін навчально-методичною інформацією робить її доступною, але не гарантує засвоєння. Можливість проводити практичні заняття, уникаючи скупчення студентів в тісних учбових кімнатах, має головним чином протиепідемічне спрямування. Зрозуміло, що опрацьовувати навички, – доводити до автоматизму прості професійні дії шляхом багаторазового повторення, можливо й на відстані, за наявності комп'ютерних програм, тренажерів, симуляторів... Так саме, діє опрацьована система оцінювання знань, за кількістю відсотків правильних відповідей на тестові завдання. Не менш складною та важливою складовою частиною професійної успішності сімейного лікаря є вміння спілкуватися з людьми, життя яких сповнено побутовими, родинними, виробничими проблемами, а головне, містить медико-біологічну проблему – втрату здоров'я. В цьому плані, спроби досягти необхідного результату дистанційно, без живого контакту, не отримуючи досвіду спілкування, іноді мають вигляд імітації процесу.

На власному прикладі, без претензії на ексклюзивність, пропонуємо деякі кроки дистанційного залучення цілої групи до активної співпраці та утримання уваги студентів протягом робочого дня, зокрема, до питань акушерства в сімейній медицині.

Від початку першого заняття на циклі, підчас знайомства з групою, ненав'язливо спонукаємо до спілкування: з'ясовуємо місце перебування кожного з учасників, можливо, жартома коментуємо якість послуг інтернет в тому чи іншому районі, а для когось радимо

змінити освітлення в кімнаті аби отримувати більш чітку картинку на моніторі. Не забуваємо звернути увагу решта «присутніх», як красиво виглядає студентка чи студент після налаштування камери. Вважаємо важливим нагадати педагогічну аксіому про необхідність домінування позитивних емоцій в процесі лікування людини і в процесі навчання цієї професії. Більшість студентів 6 курсу будуть першими лікарями в своїх родин, отже назвемо їх справжніми сімейними лікарями, бо ціла родина вже шостий рік очікує на власного фахівця. Коли у студента в родині вже є лікарі, запитайте про їх фах та місце навчання – це не забере більше 20 секунд часу, але для всіх буде зрозумілим, що лікарі повинні шанувати один одного. Безвідмовно позитивною буде загальна реакція, якщо констатувати – «У Вас обтяжений анамнез» – і в цьому жарті є дещо більше ніж відоме ствердження, мовляв, у медиків все не так, як у нормальних людей.

Здається зайвим питати, чи немає в групі хворих, але ні. Достатньо часто можна спостерігати студентів, дистанційно присутніх на занятті з ознаками застуди. Сумнівним жартом буде виглядати наш дозвіл перебувати без маски або прохання не кашляти в мікрофон. В таких випадках виникає нагода пригадати, знайомі усім ситуації, коли хворий студент з'являвся до учбової кімнати аби уникнути відмітки «Нб». Доречною буде цитата від Гіппократа – «На думку людей, тільки той лікар може правильно і успішно лікувати інших, хто вміє дотримуватися і зберегати своє здоров'я».

Враховуючи специфіку теми (Планування сім'ї), особливо цікавим та принципово важливим постає питання про наявність в групі студенток, які вже народжували діточок, отже особисто «виконали практичну частину» заняття – відмінну оцінку їм гарантовано. Якої оцінки в очах студентів заслуговує викладач, якщо він не з'ясує коли і з якою вагою народилась дитинка, де вона знаходиться на момент заняття, та головне, чи це були партнерські пологи, де перебував чоловік і як «витримав»? Надалі, логічним виникає запитання до всіх студенток в групі про їх особисте ставлення до спільних пологів. При одностайній позитивній думці, викладач входить в роль чоловіка, що «готується стати батьком», і просить особисто для себе розтлумачити необхідність власної

присутності під час пологів, відмічає більш переконливі варіанти пояснення. Наприкінці формулює правильну послідовність аргументів.

За допомогою простих запитань можна «увімкнути» увагу студентів, спрямувати та вислухати думки щодо принципових речей організації медичної допомоги вагітним. Найбільш показовий приклад – кількість оглядів вагітної акушером за весь час допологового спостереження. Після заняття на кафедрі акушерства (5 курс) всі студенти чітко відповідають, що наказ МОЗ України №417 від 15.07.2011 визначає – 9 візитів до лікаря. Увага, все пізнається в порівнянні: за аналізом ВООЗ (2015 рік) в країнах з *високим рівнем доходу* практично всі жінки, щонайменше, 4 рази відвідують жіночу консультацію в допологовий період, отримують допомогу кваліфікованого медичного працівника під час пологів і післяпологовий догляд. Водночас, в країнах з *низьким рівнем доходу* тільки 40-50% всіх вагітних жінок відвідували жіночу консультацію, щонайменше, 4 рази в допологовий період. Згідно до рекомендованого МОЗ України протоколу фінського науково-медичного товариства Duodesim – передбачено огляд акушером тільки 2 рази.

Програма Microsoft Teams дозволяє вислуховувати думки учнів з різних питань (за списком групи) та вибірково залучати для коментування відповідей, які пролунали. Це змушує кожного слідкувати за розмовою. Враховуючи насиченість програми, вважаємо недоречним змушувати всю групу вислуховувати заздалегідь помилкові відповіді чи перебувати в тиші, доки хтось вишукує відповідний файл. Нова роль викладача модератора. Не складно помітити, коли студент надає правильну відповідь, після деякої паузи (ніби то роздумів), читаючи текст з монітору. Ми попереджаємо про додаткові бали за активне долучення до спілкування, а у випадку «тиші», що триває 10 секунд, буде зроблено висновок стосовно всіх про дефект знань з конкретного питання, що впливатиме на оцінку.

Усіма визнається неприпустимість відповідей, чи спілкування зі студентом, який не увімкнув камеру – це прояв специфічної комунікативної поведінки – зневаги. Апелювання до імовірних

технічних проблем з інтернетом також може бути спробою використати доброзичливість викладачів, отже потребує швидкого мобільного контакту студента зі старостою групи.

Висновки. Особливість тематики та роботи на циклі «акушерство в сімейній медицині» полягає в підготовці до взаємодії між лікарем, вагітною жінкою, та всією родиною, яка підписала декларацію про надання первинної медичної допомоги. За допомогою викладачів студенти повинні розуміти свою роль та марність сподівань на можливість якісного спостереження за перебігом вагітності та підготовки подружжя до партнерських пологів, користуючись набором інформаційних буклетів, тематичних програм на електронних носіях тощо. На нашу думку, покращення підготовки лікарів, в умовах що склалися, буде й надалі залежати від інтелектуальних зусиль учасників процесу. Потрібно ефективно використовувати обговорення повчальних клінічних ситуацій, в тому числі з власного досвіду фахівців, обмірковуючи різні «віртуальні» зразки поведінки (пацієнт/лікар) та прогнозувати наслідки у відповідності до обраного діючими особами рішення. Кожне заняття можна вважати таким, що досягло своєї мети, коли по його закінченню учасники, по обидва боки дисплею, приходять до цього висновку. «Увімкніть уяву» – відчуйте бажання бути фахівцем. Як казав Парацельс з Гогенгейму: «Уява запліднюється бажаннями і народжує дію».

Список літератури

1. Воронцов О.О. Дискусійні актуальні питання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги / Воронцов О.О., Бабінець Л.С. // Сімейна медицина. – 2020. – №3(89). – С. 98-102.
2. Воронцов О.О. Використання афоризмів медичного спрямування у викладанні загальної практики-сімейної медицини на до дипломному етапі вищої медичної освіти / Воронцов О.О., Бабінець Л.С. // Сімейна медицина. – 2018. – №1(75). – С. 51-54.

**ВИБІРКОВА ДИСЦИПЛІНА «ПРАКТИЧНА ДІЄТОЛОГІЯ.
ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ» -
ЩОСЬ ЗАБУТЕ СТАРЕ, ЧИ ЙДЕМО В НОГУ З ЧАСОМ**

Всі знають, що харчування є обов'язковою умовою існування організму [1]. Правильне харчування – це основа і перший ключ до здоров'я, доброго самопочуття, без яких важко досягнути максимальної працездатності [2]. Поняття дієтологія – це багатогранна наука, яка включає такі напрямки як раціональне харчування, превентивне та дієтичне харчування, нутріціологію тощо [1, 2]. Головним завданням дієтології є підбір ефективного, правильного та збалансованого харчування, яке дозволить покращити загальний стан здоров'я людини та сприятиме лікуванню різних захворювань пацієнта [3].

Якість і організація харчування завжди були в центрі зору людини і вимагали від неї високої культури і досить значних зусиль для забезпечення належного рівня. На сьогоднішній день здоровий глузд людини, її традиційних уявлень про норму у питаннях харчування недостатньо для збереження здоров'я і забезпечення здорового способу життя [4]. Як наслідок - сотні тисяч людей страждають на захворювання печінки, підшлункової залози, нирок, шлунку, жовчевого міхура, стоматологічні захворювання. Зайва вага, цукровий діабет, гіпертонія, атеросклероз, метаболічний синдром – це далеко не повний перелік захворювань, на які страждає сучасна людина і які зумовлюються насамперед неправильним харчуванням [4, 5].

Вирішення цих проблем вкрай важливе для кожної людини і вимагає постійної уваги як з боку самої людини, так і з боку держави, установ системи охорони здоров'я, лікарів усіх спеціальностей [1].

Серед ряду дисциплін, які вивчають студенти спеціальності 222 «Медицина», галузі знань 22 «Охорона здоров'я» (освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» із кваліфікацією “Лікар”), нововведеною є дисципліна «Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки» для студентів 4 курсу вищого медичного навчального закладу. Ця дисципліна дає знання майбутнім

фахівцям про раціональне, науково обгрунтоване харчування здорової і хворої людини, вміння обраховувати потребу в калорійності їжі, кількості необхідної білків, жирів, вуглеводів, вміння скласти раціони харчування при тій чи іншій патології тощо. Програма складена відповідно до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр», робочих навчальних планів, обговорених і затверджених на засіданні вченої ради Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України 25.04.2019 Протокол №7 та введених в дію наказом №219 від 25.04 2019 р.

Основною метою у впровадженні вибіркової дисципліни було розкрити загальні питання харчування: історію розвитку науки про харчування, анатоμο-фізіологічні особливості харчування, значення основних продуктів харчування, складові харчового раціону та їх функції, розрахунок харчового раціону для різних верств населення (дітей, вагітних жінок та породіль, людей різних вікових категорій та різних за рівнем праці, спортсменів), особливості харчування в дієтології (надмірна вага та при різних видах захворювання) та питання харчування як елемента сфери громадського здоров'я.

Дисципліна «Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки» вивчається в циклі вибірових навчальних дисциплін, що відповідають структурно-логічній схемі навчального плану.

Мета дослідження. Провести аналіз впровадження вибіркового курсу «Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки».

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення мети використано теоретичні та емпіричні методи дослідження (спостереження, порівняння, моніторинг), проводили аналіз літератури, аналіз практичної роботи студентів 4 курсу.

Результати й обговорення. На жаль, на сьогоднішній день сучасна людина ще недостатньо оцінює роль харчових продуктів, збалансованого харчування у формуванні здоров'я, продовженні активного життя [2]. Відзначається недостатня інформованість основної маси населення щодо принципів здорового харчування, загальні уявлення про яке в основному базуються на інформації з

рекламних роликів і рекламних статей у засобах масової інформації [4].

Окрім того, сам лікар (тієї чи іншої спеціальності) мало приділяє уваги в роз'ясненні аспектів дієтології, режиму харчування, підборі продуктів, певних розрахунків по макро- і мікронутрієнтах тощо. Фрази сказані лікарем: *«Не їжте!», «Схудніть!», «Не їжте вуглеводів!», «Зменшіть кількість жирного!», «Вам треба сісти на дієту!»* і т.д., викликають у пацієнта ще більше запитань: *«Що означає не їжте?», «Яким чином схуднути?», «Яких саме вуглеводів не їсти?», «Жирне це лише сало, смалець, олія... чи ще щось?», «Яку дієту вибрати?»* тощо. І тут на допомогу приходять сусідка, газета, інтернет і пропонуються підказки не завжди професіоналів з медичною освітою, пацієнт випробовує на собі різноманітні дієти, замінники цукру, БАДи, медикаменти, які часто не підходять пацієнту, викликаючи подальші загострення того чи іншого захворювання, провокують порушення харчової поведінки, викликають зневіру до лікаря, який неналежно надав рекомендації по харчуванню тощо.

Проведення навчальної дисципліни *«Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки»*, впливає із цілей освітньої-професійної програми підготовки випускників вищого медичного навчального закладу та визначається змістом тих системних знань та умінь, котрими повинен оволодіти лікар-спеціаліст. Знання, які студенти отримують із навчальної дисципліни, є базовими для усіх клінічних дисциплін. Так, вивчення дисципліни *«Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки»* формує у студентів загальний алгоритм спілкування з особами, що звернулись за медичною допомогою і потребують допомоги в плані харчування. Вміння вислухати, виокремити найголовніше, дозволити пацієнту брати участь у пошуку клінічного рішення, проявляти повагу та чуйність до потреб та проблем пацієнта дуже часто визначають рівень якості та позитивний результат у лікарській практиці.

У результаті вивчення дисципліни *«Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки»* студент повинен знати:

– *Визначення поняття харчування, дієтологія, нутріціологія;*

– Класичне і альтернативне харчування, різновиди альтернативного харчування;

– Цілі раціонального харчування, поняття режиму харчування;

– Закони харчування, гігієнічні вимоги до харчування;

– Основні функції їжі, різновиди дієт;

– Роботу ШКТ за умов різного харчування;

– Склад тіла;

– Способи антропометрії;

– Класифікацію ожиріння і методи оцінки маси тіла;

– Біоімпедансний аналіз тіла;

– Дефіцит нутрієнтів за умов різного харчування;

– Ознаки дефіциту вітамінів;

– Ознаки дефіциту мінеральних речовин;

– Біологічно активні неаліментарні компоненти їжі;

– Харчові джерела вітамінів та мінеральних речовин.

У результаті вивчення цієї дисципліни студент повинен вміти:

– Вислуховувати пацієнта з метою розуміння проблем харчування;

– Задавати запитання, проводити паралель, щоб зрозуміти проблему пацієнта;

– Диференціювати режим харчування пацієнта та його різновиди;

– Визначати гігієнічний стан харчування пацієнта;

– Аналізувати відео та аудіо записи консультацій;

– Проводити антропометрію;

– Визначати ІМТ;

– Проводити каліперометрію;

– Визначати АО, ступінь ожиріння;

– Проводити біоімпедансометрію;

– Діагностувати дефіцит нутрієнтів;

– Визначити недостатність вітамінів;

– Обрахувати норми вітамінів для певного віку і статі пацієнта;

– Вирахувати недостатність мінеральних речовин;

– Визначити нутрієнтний статус пацієнта;

– Обрахувати норми вживання води для пацієнтів з різними патологіями, здорової людини;

- Визначати продукти, які РН змінюють в лужний бік;
- Визначати продукти з окислюючими властивостями;
- Визначати РН продуктів;
- Визначати рівні емоційного стану;
- Визначати типи порушень харчової поведінки;
- Визначати орторексію, синдром нічної їжі, компульсивну поведінку;
- Діагностувати емоціогенне харчування;
- Діагностувати екстернальну поведінку.

У результаті вивчення дисципліни «Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки» студент повинен оволодіти навичками:

- техніки консультування пацієнта з проблемами харчування згідно із сучасними вимогами;
- використання колегіальної моделі спілкування з пацієнтом, який потребує корекції харчування;
- пояснення проблеми, стимулювання до обстеження;
- пояснення лікування;
- стимулювання до дієтотерапії;
- обстеження пацієнта з проблемами харчування;
- техніки каліперометрії;
- техніки антропометрії;
- техніки обрахунку ІМТ, ступеню ожиріння, АО;
- підрахунку і диференціювання лабораторно-інструментальних показників;
- обстеження пацієнта з нутрієндовою недостатністю;
- ознаками дефіциту вітамінів;
- ознаками дефіциту мінеральних речовин;
- ознаками порушень біологічно активних неаліментарних компонентів їжі;
- Діагностики та лікування дефіцитів нутрієнтів;
- Підрахунку норм вживання води;
- Підрахунку норм РН продуктів;
- Заміни продуктів з лужним впливом на окислюючі продукти і навпаки;
- Призначення питтєвого режиму при різних патологіях тощо.

Все це, наш студент вивчає і засвоює за 3 кредити (90 годин, 20 з яких практичні (10 обширних тем) та 70 - самостійні).

Кожне заняття має методичні рекомендації, щодо методики виконання. Так, до прикладу заняття №1 за темою: «Поняття харчування, дієтології, нутріціології. Історичні аспекти. Сучасний погляд на дієти. Переконавання соціуму і дослідження, про які не прийнято говорити в дієтології», має за мету поглибити знання студентів з питань науки про харчування, дієтологію, нутріціологію, вдосконалити вміння і практичні навички з дієтології, об'єктивізувати ставлення до альтернативного харчування тощо. Методика виконання практичної роботи полягає в: роздумах про харчування, дієтологію, нутріціологію; визначення основних завдань лікаря при консультуванні пацієнта, що потребує корекції харчування. Також пропонується рольова гра з демонстрацією різних моделей спілкування лікар-пацієнт (пацієнт з надмірною вагою, чи ожирінням різного ступеню). Пропонуються тестування, наприклад:

1. Що з перерахованого не відносять до альтернативного харчування?

- A. Збалансоване *
- B. Вегетаріанство
- C. Веганство
- D. Лікувальне голодування
- E. Роздільне харчування

2. Які напрямки є в теорії харчування?

- A. Класичні і альтернативні *
- B. Адекватні і класичні
- C. Збалансовані і класичні
- D. Адекватні і збалансовані
- E. Збалансовані і лікувальні

Окрім того, на першому занятті проводиться анкетування, щоб зрозуміти позицію самого студента, щодо вибіркової дисципліни, зрозуміти на які аспекти зробити більший ухил, чи що змінити в програмі на наступні роки навчання. Напр.: *Анкетування*

1. Чому Ви вибрали саме цей курс?
2. На що ви розраховуєте при вивченні курсу?
3. Чи потрібна вам дієтологія для подальшої роботи?

4. Що найбільше вас цікавить в дієтології?

5. Побажання, на що зробити акцент!

Всі решта заняття проводяться згідно методичних рекомендацій, кожне заняття насичене роз'ясненнями викладача, діловою грою, яка стимулює більше розуміння тієї, чи іншої теми вибіркової дисципліни.

Так, наприклад до однієї з тем пропонується тест, який на перший погляд не несе жодної інформативності і пояснень.

Приклад 1.: Тест

1. Чи кладеш цукор до чаю, чи кави?

Якщо так «+», ні «-»

Кількість ложок цукру, кількість плюсів

Кількість чаю, кави в день - кількість плюсів

2. Чи вживаєш газовані напої?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

3. Чи вживаєш фруктові соки?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

4. Молочні коктейлі?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

5. Капучіно чи лате?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

6. Чи замінюєш воду на компот?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

7. Чи вживаєш алкоголь частіше, ніж раз на тиждень?

Так «+», ні «-», інколи «+-»

8. Що до чаю/кави ти вживаєш? (цукерка, печиво, пряник, зефір, сушені фрукти, горішки)

9. Скільки кисломолочних продуктів (і яких?) в день вживаєш?

Проте, після заповнень, викладач разом зі студентами розбирають запитання (Чи набирається вага від напоїв?), й саме анкетування дає наглядний приклад, звідки набираються калорії, на які часто пацієнт і не звертає уваги. Так, показано калорійність кави та чаю, як змінюється калорійність при додаванні цукру (кількості), яку калорійність несуть лате, капучіно, соки, компоти (в залежності від складників), яку калорійність несуть алкогольні напої, кисломолочна продукція тощо. З одного боку не показано, яку саме помилку в

використанні того, чи іншого напою (або інгредієнту до напою) допускає студент, а з другого – дає правильно визначити, що саме впливає на прогрішності в харчуванні!

Приклад 2: 1. Підрахуйте необхідні для вас білки, жири і вуглеводи.

2. Які продукти містять білок в найбільшій кількості?

3. Які продукти містять прості вуглеводи?

Здається на перший погляд банальні питання, а несуть важливу інформацію. Так, при підрахунку необхідної кількості білків, жирів і вуглеводів, з'ясовується, що частина студентів (в такому юному віці) вже порушують певний баланс вживання макронутрієнтів. При аналізі продуктів з високим вмістом білка, студент розуміє, що самі білки виконують ряд важливих функцій (будівельну, каталітичну, транспортну, рухову, захисну, гормональну, пластичну, рецепторну тощо) і потрібна кількість білка просто необхідна для доброго функціонування організму. Проте надлишок білка (який часто пропонують в фітнес центрах) є пагубним (рН-середовище зсувається в бік окислення, провокуючи низку захворювань, погано засвоюється кальцій і мінеральні речовини, розвивається остеопороз, відкладаються солі в суглобах і нирках, виникає ризик розвитку раку). Прості вуглеводи теж несуть певну інформативність, так вони засвоюються буквально за кілька хвилин і різко підвищують рівень цукру в крові. Щоб використовувати цей цукор належним чином, організм синтезує гормон інсулін, що змушує використовувати ці калорії або для поточних потреб (як для фізичних активності, так і для загальних процесів метаболізму), або відправляє їх в жирові депо. Шкідливість, що викликається регулярним вживанням великих доз швидких вуглеводів без належного рівня фізичної активності це поступове порушення механізмів засвоєння глюкози, в подальшому організм немов перестає «бачити» цукор в крові, не може його правильно утилізувати. І як наслідок – порушення толерантності до вуглеводів, цукровий діабет 2 типу... Окрім того, різкий сплеск рівня цукру в крові і його подальше зниження провокує відчуття слабкості і втоми, сприймається багатьма як голод. Саме це специфічне почуття і провокує з'їсти що-небудь солодке, а це призводить до переїдання і ожиріння. Проте, існують і аргументи захисту. Так, при вживанні 20-

30 г простих вуглеводів за 20-25 хвилин перед силовим тренуванням підвищується загальна працездатність, підвищується розумова працездатність.

Кожна тема вибіркового курсу несе велику інформативність, пізнавальність, досвід. Так, після вивчення цієї вибіркової дисципліни, студент, а в подальшому лікар-спеціаліст, добре зможе володіти інформацією, не лише з питань дієтології, але й норм харчової поведінки, вміти аналізувати девіантну поведінку харчування, знати БАДи і спортивне харчування, їх застосування при зниженні та наборі ваги, розуміти проблематику недостатнього харчування, анорексію, булімію тощо.

Висновки. Ми отримали досвід від впровадження вибіркової дисципліни «Практична дієтологія. Типологічні особливості харчової поведінки» і незважаючи на складність, розуміємо як позитивний. Проведення цієї вибіркової дисципліни є цікавою, креативною, динамічною і обгрунтованою. Дозволяє оцінити і покращити не лише теоретичні знання студента, але й практичні (і як функціональні, так і комунікативні). Ми, побачили що слід змінити на наступний навчальний рік (дещо зменшити навантаження на певні теми вибіркового курсу при цій ж кількості рекомендованих годин), проте й побачили, що доцільними було б збільшити кількість практичних годин, додати низку лекцій для подальшого навчання високого рівня професіоналів.

Список використаної літератури.

1. Зубар Н.М. Основи фізіології та гігієни харчування: Підручник. — К.: Центр учбової літератури, 2010. — 336 с.
2. Мухацька Р. Основи здоров'я і раціонального харчування. Київ : Інженерно-виробничий центр «Алкон», 2016.- 253 с.
3. Никула, Т. Д., Тодоренко А. Д. Харчування людей (раціональне і дієтичне). Київ : Задруга, 2007. -218 с.
4. Доценко В.А., Мосийчук Л.В. Болезни избыточного и недостаточного питания /учебное пособие//В.А.Доценко – СПб.: ООО «Издательство «ФОЛИАНТ», 2004. – 112 с.
5. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Янушевич О.О. Общая нутрициология: Учебное пособие //А.Н. Мартинчик.-М.: МЕДпресс-информ, 2005.- 393 с.

**ВПРОВАДЖЕННЯ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ ТА
НАСТАНОВ, ЕЛЕМЕНТІВ ДОКАЗОВОСТІ У ВИКЛАДАННЯ
ОСНОВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ
РІВНІ – ВИМОГА ЧАСУ**

Вступ. З багатьох визначень доказової медицини найбільш влучним є таке: доказова медицина – це інформаційна технологія вибору оптимального варіанту медичної діяльності [4,6]. Доказова медицина ще тільки пробиває собі дорогу на етапі післядипломного удосконалення лікарів, але у провідних університетах світу курси "медицини, яка базується на доказах" запроваджуються у вигляді ознайомчих лекцій уже на перших курсах навчання. Це є справедливим та надзвичайно потрібним, оскільки не кожен практикуючий лікар має достатньо досвіду для того, щоб зорієнтуватися в розмаїтті клінічних ситуацій. Можна покладатися на думки експертів, авторитетних довідників, але це не завжди є надійним через так званий ефект "спізнення" — терапевтичні методи впроваджуються до практики через досить тривалий термін після отримання результату ефективності. Інформація в підручниках, довідниках стає застарілою ще до їх публікації. Студенти й молоді лікарі, які не мають досвіду лікування хворих, найбільш піддаються впливу суб'єктивних факторів, тому в них досить легко формуються неправильні уявлення про підходи до лікування хвороб. Саме в університеті варто прищеплювати прагнення до критичного аналізу наукової інформації, використовуючи всі сучасні навчальні технології одержання оперативної й достовірної інформації [1,3].

На думку нашого педагогічного колективу, необхідно змінити концепцію медичної освіти – замість "освіти на все життя" ми пропонуємо "освіту через все життя". В майбутнього фахівця мають сформуватися навички самостійної роботи з спеціальною літературою, протоколами лікування та клінічними настановами, оцінки та раціонального використання наукових повідомлень.

Нині викладачам та студентам стали більш доступними набутки світових наукових центрів. Більше видається підручників, медичних

журналів, проводиться конгресів, конференцій та семінарів. Але чи завжди відповідає якість отриманої з цих джерел інформації світовим стандартам? Дуже часто наші підручники застарівають раніше ніж виходять з друку, наукові проблеми освітлюються неповно або з авторитарних позицій. Часто нові підручники та методичні посібники не враховують методологію викладання окремих предметів.

Рішенням проблеми є доказова (науково обґрунтована) медицина – свідоме, точне і основане на здоровому глузді використання кращих доказів при прийнятті рішення про лікування конкретного пацієнта. Практика науково-обґрунтованої медицини являє собою сполучення індивідуального клінічного досвіду з кращими достовірними фактами, підтвердженими систематичними клінічними дослідженнями. Наслідки низької якості експериментальних медико-біологічних досліджень впливають на конкурентноздатність наукових досліджень, якість медичної допомоги в цілому, що веде до низької якості підготовки спеціаліста [2].

Тому введення елементів доказової медицини в практику викладання на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету педагогічний колектив даного підрозділу вважає вимогою часу, свого роду екзаменом на відповідність рівня викладання міжнародним стандартам, на готовність до інтеграції в європейську та світову систему медичної освіти.

Мета дослідження – визначити основні напрямки введення елементів доказової медицини в педагогічний процес на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини та розробити конкретні шляхи їхньої реалізації.

При опрацюванні тем практичних занять по нозологічним одиницям в рамках циклу поліклінічної терапії вважаємо за необхідне використовувати розроблені державні стандарти України, якщо такі наявні, клінічні протоколи та клінічні настанови МОЗ, зупинятись на питаннях відповідності алгоритмів діагностики та лікування вимогам світових та європейських лікарських асоціацій, а також критеріям ВООЗ. Прикладом може бути викладання теми по пневмонії, що проводиться відповідно до Наказу МОЗ України №1422 від 29 грудня

2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи Підхід до етіології, патогенезу, класифікації, діагностики та антибактеріальної терапії подано на загальноприйнятих світових стандартах згідно з принципами доказової медицини. Це ж стосується й підходів до викладання питань хронічних обструктивних захворювань легень. Вищеназваний Наказ МОЗ України затвердив також клінічну настанову про діагностику, клінічну класифікацію та лікування бронхіальної астми, а також хронічних обструктивних захворювань легень. Важливими є також розробки по клінічній епідеміології захворювань бронхолегеневої системи, які ми ввели в перелік питань до семінарських занять [5]. Блок кардіологічних тем на терапевтичному циклі також ґрунтується на загальновизнаних документах, що регламентують підхід до ішемічної хвороби серця, гіпертензій, серцевої недостатності згідно з доказовими міжнародними стандартами [1,8]. Гастроентерологічні теми викладаються згідно з протоколами, розробленими Інститутом гастроентерології України на основі сучасних світових поглядів, клінічними настановами та клінічними протоколами згідно наказу МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 р. [5]. Бути уважними до відповідності матеріалів, що викладаються на кафедрі, світовим доказовим стандартам, викладачів спонукає також педагогічна робота з іноземними студентами, яких ми готуємо до лікарської практики в багатьох країнах світу. Ми несемо відповідальність за рівень викладання, сучасність стандартів діагностики та лікування, які ми пропонуємо.

При викладанні принципів лікування певних нозологій ми застосовуємо матеріали свіжих практичних та наукових медичних видань, де висвітлюються результати багатоцентрових рандомізованих досліджень по ефективності лікарських препаратів та терапевтичних медикаментозних програм. Одне з таких видань – «Внутрішні хвороби. Підручник, заснований на принципах доказової медицини» — це посібник, що містить точну інформацію про внутрішні хвороби, яка є необхідною у повсякденній практиці, відповідає українським стандартам лікування, з рекомендаціями міжнародних наукових товариств, адаптований групою українських експертів. Зміст відповідає українським стандартам лікування з

урахуванням місцевих особливостей, таких, як: епідеміологія, доступність лікарських засобів і діагностичних методів. 1632 сторінки з чіткою структурою і зручним поданням інформації: кожна глава містить повний опис клінічної тактики: симптоми, діагностика, лікування та дозування лікарських засобів.

Посібник є у всіх можливих форматах — друкована версія, інтернет-версія і застосунок для мобільних пристроїв.

Посібник призначений для студентів та лікарів, що спеціалізуються на внутрішній медицині та галузях, пов'язаних з терапією, лікарів вузьких спеціальностей, сімейних лікарів, інтернів та студентів медицини. Це компендіум, підготовлений для всіх, хто хоче поглибити свої знання, шукає надійні й перевірені джерела медичних рекомендацій в повсякденній клінічній практиці.

Посібник містить інформацію про захворювання серцево-судинної, дихальної, травної, ендокринної, сечовидільної, кровотворної систем, а також ревматичні, алергічні та інфекційні захворювання, порушення вуглеводного обміну, водно-електролітного і кислотно-лужного балансу та отруєння. Він також включає основні питання клінічної онкології й паліативної допомоги, першої допомоги, діагностичних і лікувальних процедур та досліджень.

При проведенні занять акцентуємо увагу на необхідність впровадження системи ICPC2 в практику роботи лікувально-профілактичних закладів, в першу чергу – первинної медико-санітарної допомоги та лікарями сімейної медицини [3]. Пояснюємо, як на засадах доказовості формується формулярний список, ефективний в медичному й економічному плані. Введення таких формулярних списків стало б найефективнішим засобом економного використання бюджетних коштів, які виділяються на медикаментозне лікування. Це є прикладом викладання медичного менеджменту на основі наукових та практичних розробок, які повинні ґрунтуватися на доказових принципах [7].

Важливим вважаємо націлення майбутніх лікарів загальної практики на розробку схем динамічного спостереження за хворими та здоровими людьми, які повинні бути сформовані на засадах доказової

медицини. Це є перспективою поліклінічної та сімейної профілактично спрямованої медицини.

28 квітня 2017 набув чинності Наказ МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи.

Використання у лікарській практиці нових клінічних протоколів - один із найважливіших шляхів впровадження доказової медицини в Україні. Доказові клінічні протоколи відіграють провідну роль в системі охорони здоров'я, оскільки несуть значні вигоди для усіх "гравців": пацієнтів, лікарів, та держави в цілому.

Міжнародні протоколи лікування орієнтовані на потреби пацієнта, тому їх впровадження сприятиме покращенню їх стану здоров'я. Чому ж можна сподіватися на такий позитивний результат? Так, протоколи передбачають використання тих методів діагностики та лікування, які є ефективними та заснованими на доказовій медицині, тоді як призначення неефективного лікування практично унеможлиблюється. Відповідно, це призводить до зниження рівня захворюваності і смертності та поліпшення якості життя. Протоколи гарантують, що кожен пацієнт отримає однаково високий рівень надання медичної допомоги, незалежно від того, у якій лікарні, і який лікар їм цю допомогу надаватиме.

Протоколи лікування пропонують чіткі рекомендації для практикуючих лікарів, а також підвищують якість клінічних рішень, у тому числі й серед тих фахівців, які звикли до застарілої медичної практики. Ще одна важлива перевага клінічних протоколів полягає у тому, що вони сприяють узгодженості надання медичної допомоги пацієнтам на усіх рівнях

Для системи охорони здоров'я важливість впровадження клінічних протоколів пов'язана з підвищенням ефективності роботи (часто за рахунок стандартизації надання медичної допомоги пацієнтам) та оптимізації вартості лікування. Впровадження протоколів також може сприяти підняттю рівня довіри до системи охорони здоров'я зокрема та держави в цілому, оскільки забезпечення якісними та ефективними медичними послугами формують у суспільстві позитивне сприйняття як самої системи, що надає послуги, так і держави, яка їх гарантує.

Одним з перспективних напрямків діяльності кафедри вважаємо введення в педагогічний процес клінічних настанов та протоколів на різні нозології, актуальні в практиці сімейного лікаря.

Важливою ланкою в підготовці майбутнього сімейного лікаря на кафедрі є вивчення алгоритмів надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі під час проходження практичного циклу в симуляційному центрі університету TESIMED. Питання інфаркту міокарда, бронхоспастичного синдрому, гострої серцевої недостатності, гострих отруєнь, кризових станів в ендокринології розглядаються з позицій доказової медицини. В процесі навчання та відпрацювання практичних навичок ми користуємося останнім наказом МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 р. який запроваджує науково обґрунтовані, в тому числі на засадах доказової медицини, принципи надання екстреної допомоги.

На практичних та семінарських заняттях циклу хірургії розглядаються затверджені МОЗ протоколи обстеження та лікування хірургічних захворювань травного тракту, судинної системи, м'яких тканин. На прикладах проведення ризикометричних визначень при різних хірургічних ситуаціях, оцінки ефективності схем первинної та вторинної профілактики студенти 6-го курсу знайомляться із практичним застосуванням канонів доказової медицини. Як приклад виконання рандомізованих досліджень студенти проводять порівняльний аналіз лікувальних програм хірургічних хворих в амбулаторних умовах, складених на основі даних літератури та власних спостережень. Пріоритет в навчальному процесі має не тільки досконале знання висновків доказових досліджень, але й вміння використовувати їх у кожній конкретній клінічній ситуації. При написанні рефератів, підготовці НДРС одним з критеріїв оцінки роботи студента є відповідність робіт принципам доказової медицини.

Навчальний процес на циклі акушерства та гінекології також ґрунтується на принципах доказової медицини. Викладання змісту щоденного завдання будується таким чином, що перед кожним студентом постають спочатку певні стандартні ситуації. Основу їх практичного вирішення складають знання державних стандартів медичної допомоги, які викладено в наказі МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 р. Перехід до задач з проблемними ситуаціями

спонукає студентів до творчої думки, зокрема стосовно традиційних та сучасних підходів до їхнього розв'язання.

Самостійна робота студентів проводиться за тренінговою методикою і спрямована на вирішення діагностичного завдання в кожній конкретній ситуації з урахуванням нормативних документів МОЗ України. Студентам пропонується завдання з діагностики, що спонукає їх до творчого пошуку медичної інформації з доказовими фактами розв'язання завдання. Подальша робота включає аналітичне оцінювання вибраної інформації та прогнозування перспектив її практичного застосування. Необхідною умовою є урахування принципу індивідуального підходу до хворого при складанні алгоритму пошуку діагнозу та співставлення його із стандартом досліджень згідно з вимогами клінічної епідеміології. Підсумовуючи дії студента, викладач оцінює їх, враховуючи принципи доказової медицини.

На циклі педіатрії викладачами кафедри відпрацьовуються затверджені МОЗ України національні стандарти лікування та профілактики основних нозологій дитячого віку, які базуються на принципах доказової медицини з урахуванням нових науково обґрунтованих знань і оцінки потенційного ризику. В процесі викладання використовуються наступні загальноприйняті сучасні протоколи згідно наказу МОЗ України №1422 від 29 грудня 2016 р.

Висновок. Педагогічний колектив кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини вважає пріоритетним напрямком своєї діяльності мотивувати студентів 6-го курсу, що лікар у своїй повсякденній роботі повинен виходити з таких принципів щодо наукових доказів, на яких базується медицина сьогодення:

- результати наукових досліджень можуть підлягати сумніву та змінам протягом життя одного покоління лікарів;

- наукові дані не можуть цілком замінити досвід кваліфікованого лікаря, а лише допомагають в обґрунтуванні обраного методу лікування;

- підвищення інформованості лікарів щодо нових даних клінічних досліджень, особливо результатів мега-досліджень, є вкрай необхідним, адже така інформація має надходити до лікаря якомога швидше та в доступній формі.

Література

1. Бобров В.А., Долженко М.Н., Сиренко Ю.М. Эра доказательной медицины: современные стандарты преподавания клинической кардиологии // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. –К., -2003. –Вип.12. –Кн.2. – С. 999-1002.
2. Гирина О.М., Новичкова Е.М. Доказательная медицина в общей врачебной практике // Мед. Всесвіт.-2003.-Т.3.-№2.- С.142-144.
3. Гиріна О.М, Лебединська М.Р. Чи потрібна доказова медицина сімейному лікарю? //Охорона здоров'я в Україні.-2004.-№2(13).-С.14-20.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів: довідник-посібник / Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М.І. Пирогова; за ред. Ю.М. Мостового. - 22-е вид., переробл. - Київ : Центр ДЗК, 2017. - 615 с. : табл., іл
5. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики. Монографія. - // Житомир: «Полісся», 2005. – 188 с.
6. Електронний ресурс «EMPENDIUM» <https://empendium.com/ua/chapter/B27.1536>
7. Електронний ресурс <https://guidelines.moz.gov.ua/>
8. Електронний ресурс <https://moz.gov.ua/icpc-2>
9. Електронний ресурс <https://stc.tdmu.edu.ua/>

Рябоконт С.С.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

МЕТОДОЛОГІЯ ВИКЛАДАННЯ ПУЛЬМОНОЛОГІЇ НА КАФЕДРІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Вступ. В теперішній час система викладання у вищих навчальних закладах України зазнає безліч змін. Історично сформований освітній процес змінюється у зв'язку з новими формами навчання і новими вимогами часу, щоб відповідати новим стандартам [1, 2].

Успіх реформування системи підготовки лікарів залежить від розуміння лікарями, викладачами, студентами, населенням України нашого місця в світі і в Європі за рівнем надання медичної допомоги, тривалості життя, збереження здоров'я населення [3]. При цьому

одним з головних умов успіху є високий професіоналізм лікарів. Слід зазначити, що з 1998 року в Україні була розроблена і поетапно впроваджувалася нова для Східної Європи модель державної атестації підготовки медичних кадрів [2, 3, 4]. За аналогією з США та за безпосередньої участі національної ради медичних екзаменаторів (NBME) в Україні створений Центр тестування при МОЗ України, який впроваджує методи зовнішнього оцінювання рівня підготовки майбутніх лікарів і фармацевтів відповідно до державних стандартів шляхом проведення ліцензійних екзаменів - «Крок-1», «Крок-2», «Крок-3».

Складність і багатогранність навчального процесу, всесторонній характер вищої медичної освіти, яка базується на вивченні великої кількості наукових дисциплін, зумовлюють необхідність злагоджених дій всіх кафедр, клінік, лабораторій і підрозділів обслуговування медичного навчального закладу [3, 5]. У зв'язку з цим кінцеві результати підготовки лікарів залежать від вмiлої організації навчального процесу, що заключається у розробці відповідних плануючих документів, організації взаємодії підрозділів навчального закладу, систематичного контролю за повнотою реалізації навчального плану та програми, якістю навчання і виховання [6, 7].

В основі сучасної вищої професійної медичної освіти лежить формування компетенцій загальнокультурного та професійного типів. Визначальним у навчальному процесі стає не кількість засвоєної студентом наукової інформації, а система ключових і професійних компетенцій, в числі яких - здатність знаходити, систематизувати, генерувати нову інформацію на основі існуючої в процесі його самостійної роботи. Компетенція випускника медичного вузу являє собою сукупність здібностей, знань і досвіду для успішної професійної діяльності лікаря або вченого-медика [8, 9].

Мотивація студента до навчання є складною педагогічною проблемою, оскільки з боку слухачів інколи спостерігається бездіяльність у простому отриманні інформації, що тягне за собою відсутність тяги до знань. Сучасний студент повинен володіти способами самостійного пошуку знань, бути націлений на різноманітні методи навчання [10].

Викладання повинно орієнтуватися на індивідуальну траєкторію розвитку студента. З одного боку студент в процесі навчання повинен набути глибокі знання по темі предмета, з іншого - вміти самостійно мислити і шукати шляхи вирішення проблем, з якими йому доведеться зустрітися у своїй професійній діяльності [2, 7, 8].

Наукові здобуття сучасної медичної освіти сприяють зацікавленості в навчанні нових іноземних громадян у нашій державі [11, 12]. Високий професіоналізм і бажання до наукового прогресу є показником великої кількості іноземних громадян у нашому навчальному закладі, яка щороку збільшується. У результаті Україна, дотримуючись глобальних освітніх тенденцій, займає достойне місце у сучасному інформаційному світі.

Проблема захворювань органів дихання, незважаючи на значний прогрес медичної науки в останні десятиліття, продовжує зберігати свою актуальність. В умовах значної розповсюдженості пульмонологічних захворювань в Україні вкрай важливим є професійне навчання студентів вищих навчальних медичних закладів нашої держави. Захворювання системи органів дихання складають значну питому вагу в структурі загальної захворюваності, інвалідизації та смертності дорослого населення. Бронхо-легенева патологія надзвичайно поширена, зустрічається в різних вікових групах і часто супроводжує захворювання інших органів і систем [13].

Навчальний процес є складовою частиною загального процесу виховання всебічно розвинутої особистості, що відповідає високому рівню потреб сучасного суспільства. Фундаментом для будь-якої системи є методологічні й методичні основи викладання. Воно в свою чергу складається зі змісту, який необхідно донести до студентів, і методики подання навчального матеріалу [12, 14].

Мета. Основними завданнями циклу пульмонологія є: поліпшення практичної підготовки студентів; підвищення професійного рівня і освоєння нових методів діагностики і лікування; знайомство з новими досягненнями в області пульмонології і суміжних спеціальностей; підготовка студентів до ліцензійного іспиту «Крок-2».

Програма циклу пульмонологія включає питання освітніх програм, більш детально питання диференціальна діагностики, фармакотерапії не лише поширених, але і рідкісних захворювань

органів дихання. Особлива увага приділяється сучасним уявленням, діагностики та лікування найбільш поширених захворювань органів дихання, таких як: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма (БА), пневмонія, дихальна недостатність різної етіології. На практичних заняттях проводяться клінічні розбори діагностично складних випадків захворювань.

Мета навчання на циклі спрямована на підвищення якості медичних послуг, що надаються в пульмонології.

Результати й обговорення. Важливим аспектом методики викладання пульмонології є реалізація принципу системності та наступності, що поєднує знання із попередніх дисциплін та підкріплюється новим вивченим матеріалом, що налагоджується тісними міждисциплінарними зв'язками [7, 11, 12, 14]. Свої знання студенти використовують при методі опитування та об'єктивного обстеження пацієнта, при проведенні аналізу медичних карт амбулаторних хворих та виписок з карт стаціонарних хворих. Під час проведення практичних занять застосовується метод проблемного навчання та конкурентних груп, інтерактивних технологій та активні методи викладання, які передбачають участь кожного студента у навчальному процесі. Широко використовуються наочні засоби навчання (таблиці, графічні структури, мультимедійні презентації та проблемні лекції, відеофільми), алгоритми діагностики і лікування та методи індивідуальної роботи [5, 8, 15].

Для ведення практичних занять на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини є типова навчальна програма, на підставі якої створено методичні рекомендації для студентів. При вивченні дисципліни студенти опановують знання про причини виникнення, механізми розвитку та наслідки лікування захворювань органів дихання, що дає можливість застосовувати цю інформацію в подальшій лікарській практиці. Застосування інтерактивних технологій у навчальному процесі висуває певні вимоги до структури занять та його елементів (мотивація, обґрунтування теми та очікуваних навчальних результатів, надання необхідної інформації, інтерактивні вправи та презентація результатів їх виконання).

Практичні заняття проводяться за методом конкурентних груп. Важливе значення при цьому має також володіння інформацією з

попередніх дисциплін (особливо суміжних), що дозволяє інтегрувати знання із різних предметів, залучити всіх учасників у процес обговорення певної проблеми та розвинути вміння вести професійну дискусію.

Для оцінки набутих знань із попередніх дисциплін проводиться тестовий контроль вихідного рівня, під час якого отримується інформація про загальну підготовку студента як лікаря. Студенти повинні оволодіти в повному обсязі практичними навичками та професійним вмінням по кожній темі, використовуючи метод опитування та об'єктивного обстеження хворого, аналізуючи медичні карти стаціонарних та амбулаторних хворих із метою вирішення конкретного завдання, визначення наявності та відповідності патологічних змін певним симптомам і синдромам.

Курація хворих проходить обов'язково під наглядом викладача та сприяє розвитку клінічного мислення у студентів, вмінню постановки діагнозу та призначення адекватного лікування. Викладач готує студента до спілкування із пацієнтом, звертає увагу студентів на основні правила поведінки лікаря, етичні норми, взаємовідносини лікаря і пацієнта. Студенти повинні навчитися володіти мовою професії у різних ситуаціях спілкування, звертати увагу на особливості характеру хворих, їх контингент та індивідуальність кожного. Між студентом і хворим повинні будуватись взаємовідносини за принципом довіри і доброзичливості. Співчуття і бажання допомогти хворому штовхає майбутнього лікаря до пошуку інформації та знань щодо хвороби пацієнта, його обстеження та лікування. Робота студента із хворими дозволяє закріпити знання теоретичного рівня та засвоїти практичні навички.

На практичному занятті використовуються різноманітні схеми і малюнки, алгоритми діагностики та лікування, клінічні ситуаційні задачі. Викладачі забезпечують студентів рентгенограмами, даними лабораторних досліджень, навчальними відео- та аудіо- матеріалами, що підвищує рівень засвоєння інформації. Оцінка рівня знань на практичному занятті проводиться за допомогою тестових завдань (поточного і підсумкового контролю) у поєднанні з опитуванням (усним чи письмовим), розбором клінічних ситуаційних задач, рентгенограм та лабораторних досліджень.

Клінічні ситуаційні задачі розвивають у студентів вміння аналізувати симптоматику хвороби, навчають виявити основний клінічний синдром, ставити попередній діагноз, скласти план обстеження та лікування, що підвищує якість підготовки майбутніх спеціалістів. При аналізі ситуаційних задач викладач може об'єктивно оцінити теоретичний рівень знань кожного студента та його здатність до клінічного мислення. При вирішенні ситуаційних завдань формується у майбутнього лікаря також здатність до логічного мислення та індивідуального підходу.

Методи опитування, які застосовуються у навчальному процесі студентів довели їх доцільність, оскільки визначають рівень знань студента. Заслуговує на особливу увагу метод проблемного навчання, адже він допомагає розвивати клінічне мислення студентів, викликає у них більший інтерес до обговорюваних проблем, тобто створюється мотивація (усвідомлена) до вивчення дисципліни [15].

Важливим завданням викладача є надання майбутньому лікарю навиків читання наукової літератури, вміння швидко «орієнтуватися» в її структурі та в зручній формі для студента «фіксувати» все необхідне для вивчення дисципліни.

Традиційні методи навчання студентів спрямовані в першу чергу на здобуття та поглиблення знань шляхом передачі інформації з подальшим її втіленням у конкретних діях на практичному занятті. Проте така методологія навчання не сприяє розвитку самостійної пізнавальної діяльності [16, 17].

Самостійна робота студентів дозволяє самостійно здобувати необхідні знання за допомогою методичних посібників, підготовлених співробітниками університету, та застосування інформаційних технологій, що дає можливість більш диференційовано засвоїти навчальний матеріал з дисципліни.

Для кожної теми практичного заняття створені ситуаційні задачі, набори рентгенограм, томограм, спірограм, навчальні історії хвороб, методичні вказівки для студентів та методичні рекомендації для викладачів. Студенти ознайомлюються з основним міжнародним керівництвом по кожній патології.

До ефективних методів і прийомів організації самостійної роботи студентів відносяться: забезпечення студентів наочними, навчальними аудіо-, відео- і комп'ютерними засобами навчання,

розвиненою інформаційною базою; оптимізація методів навчання, впровадження в навчальний процес інтерактивних технологій навчання для підвищення продуктивності праці викладача; розробка і впровадження електронних посібників у навчальний процес; активне використання інформаційних технологій, що дозволяють студентові у зручний для нього час освоювати навчальний матеріал; участь у розборі проблемних ситуацій; підбір рекомендованої навчальної, довідкової, методичної та наукової літератури, підготовка навчальних та методичних матеріалів, індивідуальних творчих завдань для організації самостійної роботи студентів; застосування системи комунікативних завдань для розвитку всіх комунікативних умінь; проведення самоконтролю з боку студента: аналіз виконуваної діяльності та її самооцінка; облік індивідуальних і групових особливостей студентів, компетентне керівництво самостійною роботою студентів; чіткі критерії контролю та оцінки роботи студента.

Самостійна робота студентів на практичному занятті вимагає сучасного інформаційного забезпечення. Активне використання студентами всесвітньої мережі Internet в медичних інформаційних системах відкриває широкі можливості для підвищення їх рівня знань шляхом щоденної самоосвіти. Під час самостійної роботи викладач в індивідуальному спілкуванні із студентами корегує, уточнює та повніше розкриває матеріал, що сприяє зростанню зацікавленості, розвиває навчально-пізнавальну діяльність та допомагає опанувати даними знаннями. Комп'ютеризація та застосування сучасних інноваційних технологій істотно покращують науково-методичне забезпечення навчального процесу на кафедрі, що допомагає значно збільшити рівень знань студента, обмежуючи його час для засвоєння.

Для закріплення набутого рівня знань та практичних навичок з курсу пульмонології студенти мають змогу брати активну участь (за власним бажанням) у роботі постійно діючого на кафедрі наукового студентського гуртка.

Підсумковий контроль рівня знань на кафедрі проводиться у кілька етапів: тестування рівня знань студентів, усного опитування за матеріалами практичних занять, рішення ситуаційних задач та опис рентгенограм із патологічними змінами у легенях. При цьому студенти демонструють не лише теоретичні знання, а також свої

уміння щодо застосування цих знань у практичній діяльності, що відображається під час вирішення ситуаційних задач.

Очікуваний результат.

Практичні заняття з дисципліни загальна практика-сімейна медицина дають можливість визначити рівень та володіння інформацією з попередніх дисциплін (суміжних), що дозволяє інтегрувати знання із різних предметів, залучити всіх учасників у процес обговорення певної проблеми та розвинути вміння вести професійну дискусію.

Застосування інноваційних технологій у пульмонології перетворює традиційне заняття в інтерактивне, дозволяє збільшити обсяг послуг щодо освіти та створює умови для її безперервної роботи. Використання сучасних технологій в учбовому процесі дозволяє покращити якість навчання та сприяє систематизації отриманих знань і професійних умінь у майбутніх лікарів.

Висновок. Практичні заняття мають велике значення в набутті студентами практичних умінь та навичок, необхідних для виконання своїх функціональних обов'язків у майбутньому. Їх проведення ґрунтується на попередньо підготовленому методичному матеріалі: тестах для виявлення ступеня оволодіння студентами необхідних теоретичних положень, наборах завдань різної складності для розв'язування їх на занятті.

Якщо викладач володіє: широким науковим світоглядом, чітко дотримується певних наукових принципів, здатний зацікавити студентів, розкрити наукове та практичне значення дисципліни, показати завдання і перспективи її розвитку - то саме на практичних заняттях відбувається процес формування фахівців.

Відзначена позитивна роль нових комп'ютерних технологій навчального процесу в організації самостійної роботи студента протягом навчального часу.

Набуті знання в галузі пульмонології будуть сприяти формуванню клінічного мислення та підвищенню якості підготовки і конкурентоспроможності лікаря.

Список використаної літератури

1. Милерян В.Т. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах: Методическое пособие / В.Т. Милерян // К.: Хрещатик, 1998.- 68 с.

2. Есауленко И.Э. Технологический подход в педагогическом процессе как необходимое условие совершенствование качества высшего медицинского образования/ И.Э. Есауленко, И.Е. Плотникова, С.В. Колотий // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т.12, №3-2. – С. 299-302
3. Плотникова И.Е. Проблемы и перспективы профессиональной подготовки врачей в условиях перехода на образовательные стандарты третьего поколения// Культура физическая и здоровье. 2013. №11-7. С. 1478-1482.
4. Педагогика в медицине: учеб.пособие для студ. высш. мед. учеб. заведений / Н. В. Кудрявая, Е. М. Уколова, Н. Б. Смирнова, Е. А. Волошина, К. В. Зорин; под ред. Н. В. Кудрявой. М.: Издательский центр «Академия», 2006
5. Биков В. Ю. Теоретико-методологічні засади створення і розвитку сучасних засобів та технологій навчання. Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні, 1992–2002: зб. наук. пр. до 10-річчя АПН України /Академія педагогічних наук України. Ч. 2. Харків: “ОВС”, 2002. С. 182–199
6. Плотникова И.Е. Организация процесса повышения квалификации и профессиональной переподготовки научно-педагогических работников медицинского и фармацевтического профиля / И.Е. Плотникова // Наука и бизнес: пути развития. – 2015. - №7. – С. 26-31.
7. Жук О.Л. Междисциплинарная интеграция в вузе как условие повышения качества профессиональной подготовки специалистов // Высшая школа: опыт, проблемы, перспективы Текст : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. (17-18 апреля 2014г., г. Москва, науч. ред. В.И. Казаренков). РУДН. 2014. С. 76-81.
8. Почивалов А.В., Мамонова Н.С., Иванникова А.С. Роль инновационных образовательных технологий в профессиональной подготовке студентов-медиков / А.В. Почивалов, Н.С. Мамонова, А.С. Иванникова // Научномедицинский вестник Центрального Черноземья. 2014. - №58. - С. 153-156.
9. Повышение профессиональной компетентности научнопедагогических работников высшей медицинской школы / И.Е. Плотникова, Н.Н. Чайкина, А.А. Филозоф, С.Ю. Берлева // Актуальные проблемы обучения и воспитания школьников и студентов в образовательном учреждении. – Воронеж, - 2015. – С. 43-48.
10. Попов В.И., Натарова А.А. Формирование мотивационных особенностей студентов под влиянием образовательной среды / Философские проблемы биологии и медицины. Выпуск 8. Сборник статей научной конференции. В 2-х ч.: Ч.2 / Под ред. д.м.н., проф. И.Э. Есауленко. – Воронеж: «Издательство ВГМА им. Н.Н. Бурденко», 2012. – с. 52 – 53.

11. Кулинич-Міськів М. О. Методологічні особливості викладання курсу пульмонології іноземним студентам / М. О. Кулинич-Міськів // Галицький лікарський вісник. - 2013. - Т. 20, число 1(1). - С. 107-108.
12. Білозір Л. І. Інноваційні технології та методологія викладання фтизіатрії студентам з англomовною формою навчання в умовах євроінтеграції медичної освіти / Л.І. Білозір, І.Г. Ільницький, О.П. Костик, У.Б. Чуловська, М.Л. Павленко // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №1. – С. 52–56.
13. Толох О. С. Хронічне обструктивне захворювання легень: Нові рішення старих проблем / О. С. Толох // Український пульмонологічний журнал. – 2017. – №3. – С. 51–56.
14. Олексенко В. М. Реалізація інноваційних педагогічних технологій у підготовці фахівців у вищих технічних навчальних закладах: теорія і практика. [моногр.] / В. М. Олексенко. – №13. – 2007. – С. 280.
15. Ким Н.Ф. Рейтинговая система оценки успеваемости студентов вуза как фактор повышения качества образования / Н.Ф. Ким // Молодой ученый. 2015. 17(97). С.535-537.
16. Хамнуева Л. Ю., Погорелова И. М. Оптимизация самостоятельной работы студентов медицинского вуза. Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2015. №4. С. 33–37.
17. Агибова И.М., Куликова Т.А. Самостоятельная работа студентов в вузе: виды, формы, классификации // Вестник Ставропольского государственного университета. Педагогические науки, №7, 2010. С. 222-227.

Кицай К.Ю.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

МЕТОДИ ОЦІНКИ СТРУКТУРНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Вступ. Актуальною темою у науці і практиці останніх років є дослідження стану ПЗ при ожирінні. У 1926 р. J.H. Schaefer повідомив про те, що маса ПЗ корелює з масою тіла, а у 1933 р. R.F. Ogilvie виявив, що ПЗ осіб з низькою масою тіла містить 9% жиру, а у осіб з ожирінням 17% і більше [2,4]. Патогенетичний механізм розвитку ХП при ожирінні – жирова інфільтрація ацинарних клітин, мікроемболія судин ПЗ жировими часточками, тромбози мікросудин з повільним прогресуванням дистрофічних змін в органі [2,6,10,11]. Ожиріння знижує зовнішню секрецію ПЗ внаслідок жирового переродження ацинарних клітин або ліпоїдозу органа. Також відомий механізм токсичної дії на тканину ПЗ надмірної концентрації вільних жирних кислот у крові. Ліпотоксичність виникає внаслідок надмірного їх утворення та дії на острівцеві і ацинарні клітини. Є дані, що для виникнення ХП на тлі гіперліпідемії необхідна наявність додаткової вторинної дії алкоголю або лікарських речовин [2,9].

Пацієнти з ожирінням хворіють на важкі форми панкреатиту, що пояснюється скупченням жиру навколо ПЗ, зниженням активності панкреатичних ферментів. Порушення ліпідного обміну при ожирінні часто супроводжується ураженням ПЗ та печінки у вигляді ліпогенного панкреатиту та жирового гепатозу [1,3,5].

Серед етіологічних факторів ХП біліарний залишається актуальним, тому поглиблене вивчення конкордантних змін у гепатобіліарній системі і ПЗ є медично значущими.

Важливе практичне значення має розробка методів оцінки структурного стану ПЗ у пацієнтів, що страждають ХП, як для діагностики, так і для оцінки ефективності лікування.

Мета – дослідити структурний стан печінки і підшлункової залози, розробити формули прогнозування структурного стану підшлункової залози для впровадження їх у лікарську практику.

Матеріали та методи. Було обстежено 137 хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП). З них – 115 пацієнтів із ХБП і супутнім ожирінням (основна група) та 22 хворих на ХБП (група порівняння). До групи контролю увійшли 20 практично здорових людей, співставних за віком і статтю з групами дослідження. Середній вік становив $(50,57 \pm 8,81)$ років. Жінок було 66 (57%) і чоловіків 49 (43%). Групи дослідження співставні за віком, статтю і тривалістю захворювання, що становила $(9,07 \pm 1,19)$ років. Наявність і ступінь ожиріння визначали за індексом маси тіла.

У відповідності до ступеню ожиріння хворі розподілились наступним чином: НМС діагностована у 35 (30,43%) хворих, ожиріння I ступеня – у 56 (48,70%) пацієнтів, II ступеня – у 21 (18,26%) хворих та ожиріння III ступеня у 3 (2,61%) пацієнтів.

Для визначення впливу етіологічного біліарного чинника 115 пацієнтів із супутнім ожирінням були поділені на 4 групи. До 1-ї групи (26 хворих) належали хворі на ХП в поєднанні з функціональними розладами біліарної системи в поєднанні з ожирінням. 2-гу групу (30 хворих) склали хворі на ХП в поєднанні з НХХ та ожирінням. До 3-ї групи (34 хворих) належали хворі на ХП після перенесеної лапаротомічної ХЕ (ЛТХЕ). У 4 групу (25 хворих) входили хворі на ХП після перенесеної малоінвазивної ХЕ (МІХЕ).

Критерії включення до основної групи: хворі на ХП, в яких етіологічним чинником була патологія гепатобіліарної системи (функціональні розлади, некам'яний хронічний холецистит, проведена в анамнезі лапаротомічна або малоінвазивна холецистектомія), відсутність калькульозу у гепатобіліарній системі.

Критерії виключення: цукровий діабет, гепатити і цирози, у тому числі вірусної етіології, жовчнокам'яна хвороба, гострі і хронічні захворювання життєво важливих органів і систем, онкологічні захворювання, відмова пацієнта від участі у дослідженні.

Діагноз ХП верифікували за загальноприйнятою в Україні класифікацією, запропонованою Науково-дослідним інститутом

гастроентерології НАМН України, яка відповідає Марсельсько-Кембриджській класифікації.

Оцінка стану та структури ПЗ і печінки у хворих проводили методом еластографії хвилі зсуву (ЕХЗ) [7,8] за допомогою скануючого УЗ-апарату Ultima RA Expert («Радмир», Харків, Україна) контактним датчиком конвексного формату на частотах 2-5 МГц на глибині 10-50 мм. Зовнішньосекреторну недостатність (ЗСН) ПЗ оцінювали за вмістом фекальної α -еластази, яку визначали методом імуноферментного аналізу. Оцінку лабораторних показників проводили за загальноприйнятими в клініці критеріями.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програми «STATISTICA for Windows 10» (Stat Soft Inc).

Результати та їх обговорення. Структурний стан печінки та ПЗ, крім стандартного УЗД, визначали за допомогою методу кількісної оцінки – ЕХЗ (табл. 1.1).

У групах хворих з ХБП і ХБП+Ож при УЗ-обстеженні у В-режимі виявлено збільшення розмірів печінки і ПЗ, підвищення їх ехоструктури, «збіднення» судинного малюнка, дистальне згасання ультразвуку.

Таблиця 1.1

Показники жорсткості печінки і ПЗ хворих на ХБП залежно від наявності ожиріння

| Показник ЕХЗ | Група контролю (n=20) | Група порівняння | |
|---|-----------------------|--------------------|------------------------|
| | | Хворі з ХБП (n=22) | Хворі з ХБП+Ож (n=115) |
| Печінка, кПа | 4,80 ± 0,24 | 6,88 ± 0,24* | 7,70 ± 0,15** |
| ПЗ, кПа | 4,67 ± 0,32 | 6,47 ± 0,29* | 7,08 ± 0,11** |
| Примітка 1. * – достовірна відмінність порівняно з групою контролю (p<0,05); | | | |
| Примітка 2.** – достовірна відмінність показників групи хворих з ХБП+Ож стосовно групи хворих з ХБП (p<0,05). | | | |

У групі контролю середні показники жорсткості печінки і ПЗ становили (4,80 ± 0,24) кПа і (4,67 ± 0,12) кПа відповідно. Тобто щільність печінки та ПЗ були практично співставимими у здорових людей. Тканина обох досліджуваних паренхіматозних органів картувалася синім кольором, що свідчило про незмінену їх структуру.

Серед пацієнтів групи хворих на ХБП показник жорсткості печінки складав ($6,88 \pm 0,24$) кПа і був на 30,2% достовірно вищим від такої групи контролю ($p < 0,05$). У хворих на ХБП+Ож досліджуваний показник становив ($7,70 \pm 0,15$) кПа, що на 37,6% та на 10,6% перевищував такий групи контролю і групи хворих на ХБП відповідно ($p < 0,05$). Рівень жорсткості ПЗ у групі пацієнтів з ХБП та ожирінням складав ($7,08 \pm 0,11$) кПа і був на 34,0% і на 8,6% вищим стосовно такої групи практично здорових людей і тих, що страждають на ХБП, відповідно ($p < 0,05$). Рівень жорсткості ПЗ був достовірно нижчим такої печінки, що вказує на більш виражений ступінь ураження паренхіми печінки порівняно з структурою ПЗ і може бути пов'язано із довшою тривалістю захворювань гепатобіліарної системи у обстежуваних пацієнтів.

Вищенаведені результати (за УЗД у В-режимі і ЕХЗ) довели наявність достовірного підвищення жорсткості як печінки, так і ПЗ до рівня стеатозу. Наявність коморбідного ожиріння не тільки обтяжило перебіг ХБП, а й призвело до посилення структурних змін печінки і ПЗ та їх взаємовплив.

Досліджували показники жорсткості печінки та ПЗ у різних групах хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням (табл. 3.13).

Таблиця 1.2

Показники жорсткості печінки та ПЗ хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням

| Показник ЕХЗ | Група контролю (n=20) | Група порівняння | | | |
|--------------|--------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| | | ХП+ФР (n=25) | ХП+НХХ (n=30) | ХП+ЛТХЕ (n=34) | ХП+МІХЕ (n=26) |
| Печінка, кПа | $4,80 \pm 0,24$ | $7,02 \pm 0,29^*$ | $7,57 \pm 0,27^*$ | $9,01 \pm 0,22^{***\text{§}\text{□}}$ | $6,77 \pm 0,22^*$ |
| ПЗ, кПа | $4,67 \pm 0,32$ | $6,52 \pm 0,25^*$ | $7,36 \pm 0,21^{**\text{¥}}$ | $7,89 \pm 0,13^{***\text{§}\text{□}}$ | $6,24 \pm 0,17^*$ |

Примітка 1. * – достовірна відмінність порівняно з групою контролю ($p < 0,05$).

Примітка 2. ** – достовірна відмінність показників між групою хворих на ХП+ФР та групою ХП+НХХ ($p < 0,05$).

Примітка 3. *** – достовірна відмінність показників між групою хворих на ХП+ФР та групою ХП+ЛТХЕ ($p < 0,05$).

Примітка 4. § – достовірна відмінність показників між групою хворих ХП+ФР та групою ХП+МІХЕ ($p < 0,05$).

Примітка 5. § – достовірна відмінність показників між групою хворих на ХП+НХХ та групою ХП+ЛТХЕ ($p < 0,05$).

Примітка 6. □ – достовірна відмінність показників між групою хворих на ХП+ЛТХЕ та групою ХП+МІХЕ ($p < 0,05$).

Примітка 7. ¥ – достовірна відмінність показників між групою хворих на ХП+НХХ та групою ХП+МІХЕ ($p < 0,05$).

Найвищі показники жорсткості печінки і ПЗ констатували у групі ХП+ЛТХЕ, що були достовірно вищими відносно таких у групах ХП+НХХ, ХП+ФР та ХП+МІХЕ ($p < 0,05$). Достовірної різниці між показниками жорсткості груп ХП+НХХ і ХП+ФР не було, проте вони були достовірно вищими стосовно таких групи ХП+МІХЕ ($p < 0,05$), в якій були виявлені найнижчі показники жорсткості.

Дані результати довели, що найбільш порушеною структура обох досліджуваних органів була у групі пацієнтів ХП+ЛТХЕ, а найнижчі показники жорсткості печінки та ПЗ спостерігались у групі ХП+МІХЕ. Це довело достовірно меншу глибину пошкодження структури печінки та ПЗ у пацієнтів після малоінвазивної холецистектомії.

Рейтинг впливу етіологічного чинника на стан структури печінки та ПЗ мав наступний вигляд: ЛТХЕ > НХХ = ФР > МІХЕ.

Проводили порівняльний аналіз показників жорсткості печінки та ПЗ у хворих на ХБП залежно від ступеня ожиріння (табл. 3.14).

Таблиця 1.3

Показники жорсткості печінки та ПЗ хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням залежно від ступеня ожиріння

| Досліджуваний орган | Група контролю (n=20) | Група порівняння | | | |
|--|-----------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | НМТ (n=36) | Ожиріння I ступеня (n=57) | Ожиріння II ступеня (n=19) | Ожиріння III ступеня (n=3) |
| Печінка, кПа | 4,80 ± 0,24 | 6,22 ± 0,10* | 7,80 ± 0,14** | 9,57 ± 0,22**1 | 11,81 ± 0,28**2 |
| ПЗ, кПа | 4,67 ± 0,12 | 6,00 ± 0,11* | 7,13 ± 0,11** | 8,60 ± 0,15**1 | 9,56 ± 0,37**2 |
| Примітка 1. * – достовірна відмінність порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). Примітка 2. ** – достовірна відмінність стосовно таких групи хворих з НМТ ($p < 0,05$). Примітка 3. **1 – достовірна відмінність стосовно таких показників групи хворих з ожирінням I ступеня ($p < 0,05$). Примітка 4. **2 – достовірна відмінність стосовно таких показників групи хворих з ожирінням II ступеня ($p < 0,05$). | | | | | |

Встановили, що із наростанням ступеня ожиріння підвищується жорсткість печінки і ПЗ. У пацієнтів хворих на ХБП із III ступенем ожиріння рівень жорсткості становив (11,81 ± 0,28) кПа, що у 2,5 рази

перевищувало такий групи контролю, а показник жорсткості ПЗ у – у 2 рази. Показник жорсткості печінки і ПЗ у групі хворих із II ступенем ожиріння перевищував такий групи контролю на 2,0 і 1,8 рази відповідно, а у пацієнтів з I ступенем – на 1,6 та 1,5 рази і у хворих з НМТ у – 1,30 та 1,28.

Виявили достовірний прямий сильний кореляційний зв'язок ($r=0,879$) між показником жорсткості печінки і показником жорсткості ПЗ, що свідчить про те, що погіршення стану паренхіми печінки безпосередньо впливає на стан паренхіми ПЗ, і навпаки вони взаємопов'язані. Ця закономірність представлена на рис. 1.1. Виявлення такого взаємозв'язку свідчить про системність стеатозу, що необхідно враховувати при формуванні програм комплексного лікування.

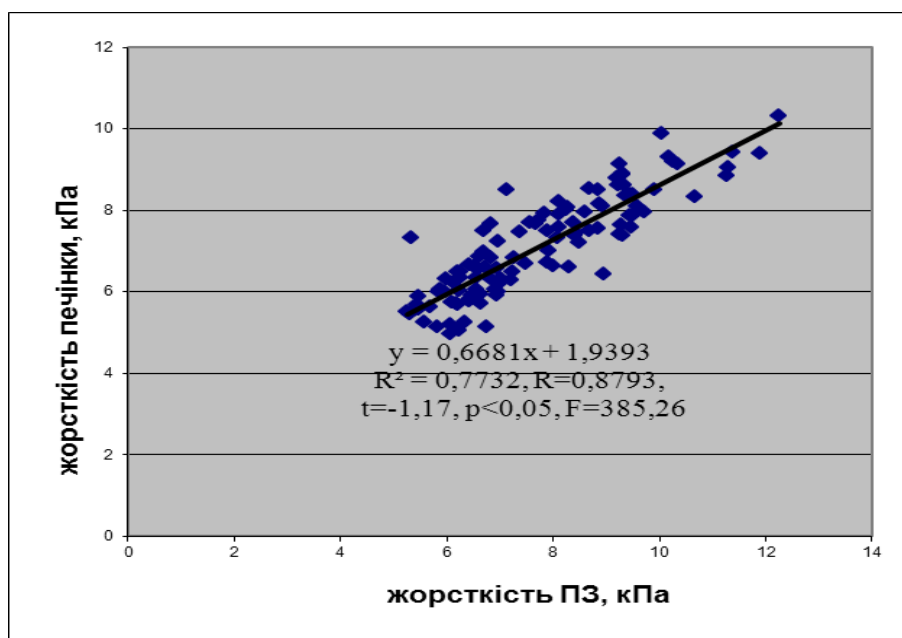


Рисунок 1.1. Залежність показника жорсткості печінки від показника жорсткості ПЗ

Для визначення можливих взаємовпливів ліпідного обміну на функції печінки та ПЗ провели кореляційно-регресійний аналіз (дані наведені у таблицях 1.3 та 1.4).

Досліджували кореляційні зв'язки між ліпідним спектром крові і показниками функції печінки (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Кореляційні зв'язки між показниками функції печінки, її структурним станом і параметрами ліпідного спектру крові

| Пара в регресійному зв'язку | ХС, ммоль/л n=115 | ТГ, ммоль/л n=115 | ЛПВЩ, ммоль/л n=115 | ЛПДНЩ, ммоль/л n=115 | ЛПНЩ, ммоль/л n=115 | КА n=115 |
|--|----------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|
| АЛТ, ммоль/л | 0,611 p<0,05 | 0,622 p<0,05 | -0,599 p<0,05 | 0,614 p<0,05 | 0,618 p<0,05 | 0,618 p<0,05 |
| АСТ, ммоль/л | 0,558 p<0,05 | 0,546 p<0,05 | -0,530 p<0,05 | 0,538 p<0,05 | 0,560 p<0,05 | 0,552 p<0,05 |
| ЛФ, нмоль/(с×л) | 0,498 p<0,05 | 0,450 p<0,05 | -0,502 p<0,05 | 0,445 p<0,05 | 0,493 p<0,05 | 0,545 p<0,05 |
| ГГТ, ммоль/(год×л) | 0,527 p<0,05 | 0,450 p<0,05 | -0,402 p<0,05 | 0,445 p<0,05 | 0,493 p<0,05 | 0,445 p<0,05 |
| ЖП, кПа | 0,732 p<0,05 | 0,637 p<0,05 | -0,645 p<0,055 | 0,633 p<0,05 | 0,724 p<0,05 | 0,713 p<0,05 |
| Примітка 1. n – кількість пар в кореляційному аналізі. | | | | | | |
| Примітка 2. p – ступінь достовірності. | | | | | | |

Встановлено наявність достовірних помірних кореляційних зв'язків між параметрами ліпідограми та показниками АСТ, ЛФ, ГГТ, а також сильних кореляційних зв'язків з ЖП та АЛТ. Показник ЛПВЩ знаходився у прямій помірній кореляційній залежності з рівнями АЛТ, АСТ, ЛФ, ГГТ і у сильній – з показником жорсткості печінки. Дані результати вказують на те, що порушення ліпідного обміну сприяють посиленню пошкоджувального впливу на клітини печінки, який призводить своєю чергою до зростання показників запального процесу з проявами цитолізу (за рівнями АЛТ, АСТ, ЛФ та ГГТ) та ураження структури її паренхіми (за показником ЖП). Ураження структури печінки призводить до порушення ліпідного обміну.

Досліджували кореляційні зв'язки між ліпідним спектром крові і показниками ЗСФ ПЗ і маркерами запального процесу (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

**Кореляційні зв'язки між показниками ПЗ
та параметрами ліпідного спектру крові**

| Пара в регресійному зв'язку | ХС, ммоль/л (n=115) | ТГ, ммоль/л (n=115) | ЛПВЩ, ммоль/л (n=115) | ЛПДНЩ, ммоль/л (n=115) | ЛПНЩ, ммоль/л (n=115) | КА (n=115) |
|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Амілаза крові мг/(год×мл) | 0,527 p<0,05 | 0,405 p<0,05 | - 0,415 p<0,05 | 0,399 p<0,05 | 0,434 p<0,05 | 0,426 p<0,05 |
| Амілаза сечі, мг/(год×мл) | 0,549 p<0,05 | 0,442 p<0,05 | - 0,485 p<0,05 | 0,435 p<0,05 | 0,549 p<0,05 | 0,522 p<0,05 |
| Копрограма, бали | 0,575 p<0,05 | 0,480 p<0,05 | - 0,519 p<0,05 | 0,478 p<0,05 | 0,569 p<0,05 | 0,543 p<0,05 |
| Фекальна еластаза, мкг/г | - 0,728 p<0,05 | - 0,635 p<0,05 | 0,653 p<0,05 | - 0,632 p<0,05 | -0,719 p<0,05 | - 0,660 p<0,05 |
| Жорсткість ПЗ, кПа | 0,754 p<0,05 | 0,673 p<0,05 | - 0,699 p<0,05 | 0,674 p<0,05 | 0,699 p<0,05 | 0,727 p<0,05 |
| Примітка 1. n – кількість пар в кореляційному аналізі. | | | | | | |
| Примітка 2. p – ступінь достовірності. | | | | | | |

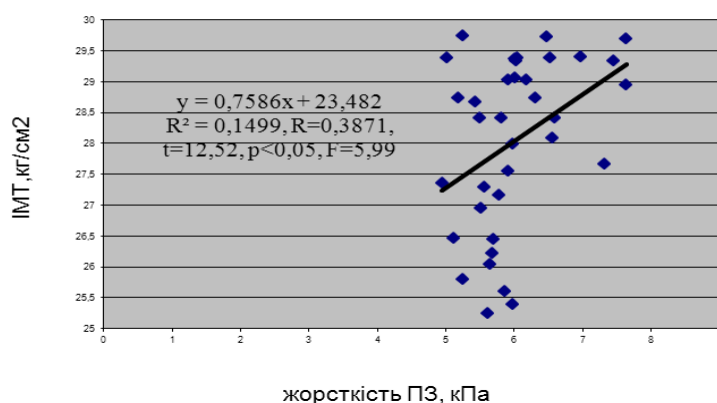
Встановлено наявність прямих кореляційних зв'язків помірної сили між амілазою, діастазою, параметрами копрограми і всіма показниками ліпідограми, за винятком антиатерогенної фракції – ЛПВЩ, між якими спостерігався обернений зв'язок. Показник фекальної α -еластази знаходився у обернених сильних кореляційних зв'язках з ХС, ТГ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ і КА, і в прямих – із рівнем ЛПВЩ. Показник жорсткості ПЗ перебував у прямих сильних кореляційних зв'язках з всіма атерогенними фракціями ліпідограми, а з показником ЛПВЩ – у обернених сильних зв'язках.

Тісні кореляційні між показниками ліпідного обміну та основними параметрами функціональної діяльності ПЗ свідчать про те, що ліпідний дисбаланс призводить до підвищення маркерів запального процесу ПЗ (амілаза крові і сечі), а також чинить пошкоджувальний вплив на структуру ПЗ (призводить до зростання її жорсткості) та значно погіршує ЗСФ (за рівнями копрограми та фекальної α -еластази).

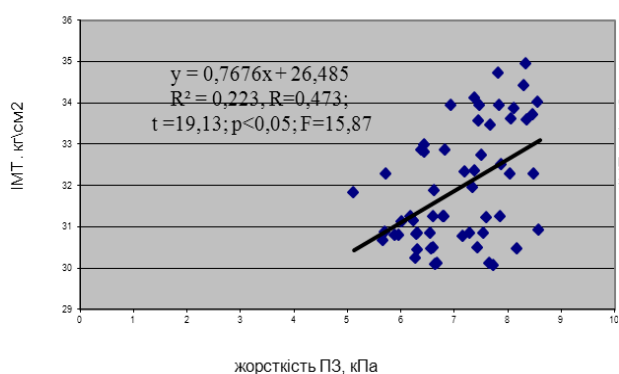
Встановили наявність прямих помірних кореляційних зв'язків між жорсткістю ПЗ у групі НМТ ($r=0,387$), у групі з ожирінням I ступеня

($r=0,473$) та прямих та ІМТ сильних у групі з ожирінням II-III ступеня ($r=0,724$) (рис. 1.2).

Хворі з ХБП та НМТ



Хворі з ХБП та ожирінням I ступеня



Хворі з ХБП та ожирінням II-III ступеня

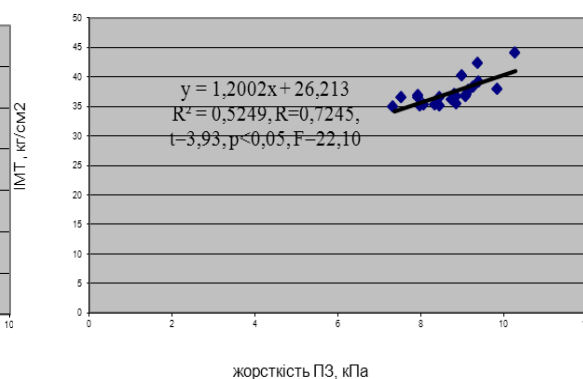


Рисунок 1.2. Кореляційні зв'язки між жорсткістю ПЗ та залежно від ІМТ

Із зростанням ступеня ожиріння збільшується кореляційний зв'язок між ним та жорсткістю ПЗ, що вказує на підвищення діагностичної цінності методу ЕХЗ, особливо у хворих з підвищеною масою тіла.

Для встановлення предикторів ураження ПЗ вважали доцільним проведення кореляційно-регресійного аналізу між показниками жорсткості ПЗ та віком хворих, тривалістю захворювання, ІМТ, рівнями амілази, параметра копрограми, вираженою у балах, і фекальною α -еластазою (рис. 1.3-1.8).

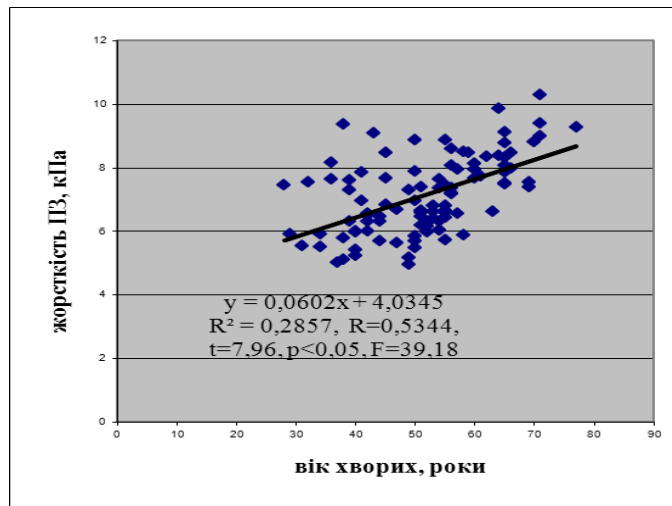


Рисунок 1.3. Залежність показника жорсткості ПЗ від віку хворих

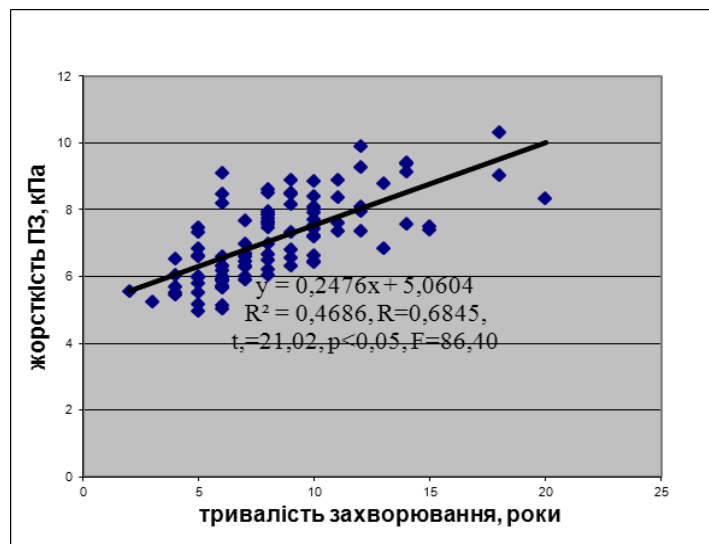


Рисунок 1.4. Залежність показника жорсткості ПЗ від тривалості захворювання

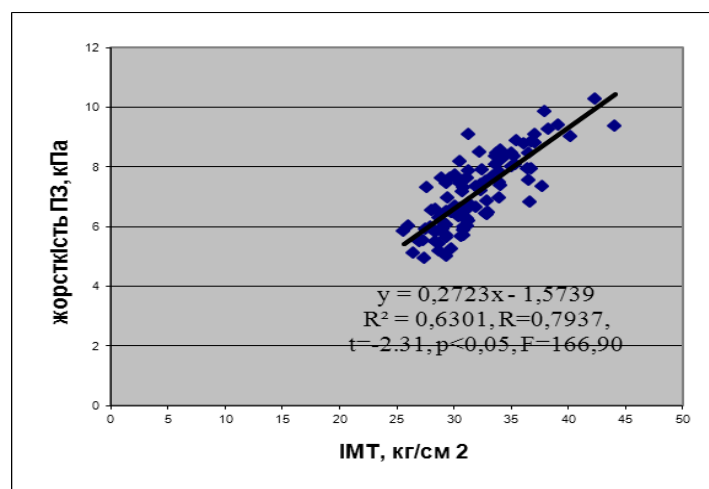


Рисунок 1.5. Залежність показника жорсткості ПЗ від показника ІМТ

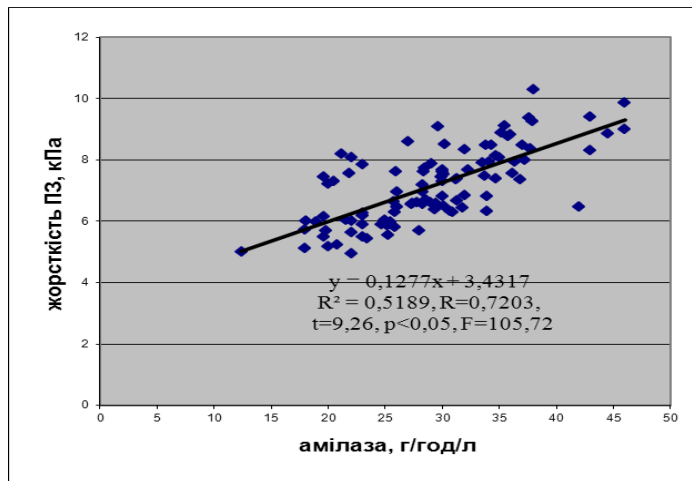


Рисунок 1.6. Залежність показника жорсткості ПЗ від рівня амілази

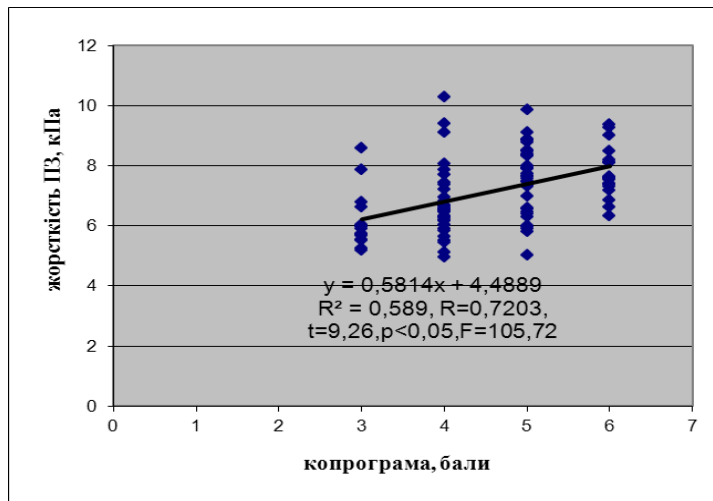


Рисунок 1.7. Залежність показника жорсткості ПЗ від показника копрограми (у балах)

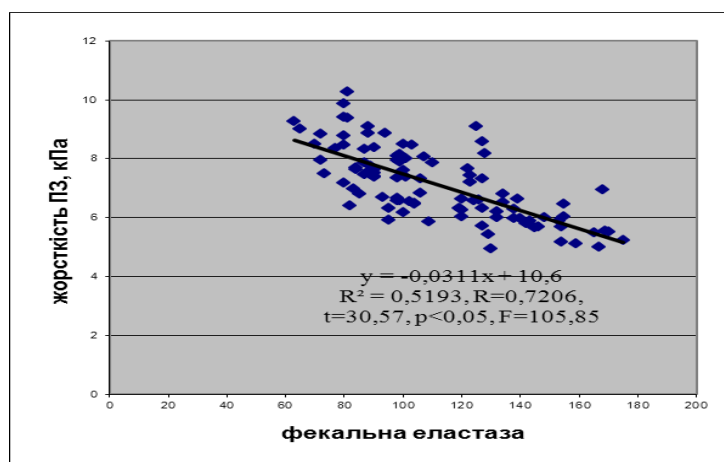


Рисунок 1.8. Залежність показника жорсткості ПЗ від рівня фекальної α - еластази

Було встановлено наявність достовірних сильних і помірних кореляційних зв'язків між жорсткістю ПЗ та віком хворих ($r=0,534$), тривалістю захворювання ($r=0,684$), ІМТ ($r=0,793$), рівнем амілази крові ($r=0,720$), показником копрограми, вираженим у балах ($r=0,589$), а також рівнем фекальної α -еластази ($r=-0,720$), що вказує на взаємозалежність цих показників. Тому для створення формули прогнозування рівня жорсткості ПЗ, яку визначали за допомогою множинного регресійного аналізу, вважали доцільним включити ці показники у розрахунок.

Внаслідок проведеного множинного регресійного аналізу було отримано два рівняння, які мають наступний вигляд:

1) жорсткість ПЗ (кПа) = $-1,36 + (0,008 \times \text{вік}) + (0,014 \times \text{тривалість захворювання}) + (0,19 \times \text{ІМТ}) + (0,026 \times \text{амілаза крові}) + (0,27 \times \text{копрограма (бали)})$;

2) жорсткість ПЗ (кПа) = $2,88 - (0,0068 \times \text{вік}) + (0,00756 \times \text{тривалість захворювання}) + (0,18 \times \text{ІМТ}) + (0,0242 \times \text{амілаза крові}) - (0,016 \times \text{фекальна } \alpha\text{-еластаза})$

Даний розроблений метод проводився у 100 хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням. Чутливість даного методу склала більше 95,0%, а його специфічність – 90,0%.

Висновки. 1. За допомогою ЕХЗ встановлено наявність достовірного підвищення жорсткості печінки і підшлункової залози до рівня стеатозу, показники жорсткості яких зростали із збільшення ступеня ожиріння і прогресуванням змін у гепато-біліарній системі.

2. Ліпідний дисбаланс призводить до підвищення маркерів запального процесу печінки і підшлункової залози, а також чинить пошкоджувальний вплив на їх структуру.

3. Із зростанням ступеня ожиріння збільшується кореляційний зв'язок між індексом маси тіла і жорсткістю підшлункової залози ($r=0,387$, $r=0,473$, $r=0,724$, $p<0,05$), що вказує на підвищення діагностичної цінності методу ЕХЗ, особливо у хворих з підвищеною масою тіла.

4. Отримані формули дають можливість спрогнозувати структурний стан підшлункової залози за допомогою підрахунку загальноприйнятих показників. Цінність даних формул полягає у тому, що: перша формула може застосовуватись на первинній ланці –

сімейним лікарем (оскільки оцінка копрограми є економічно і технічно доступнішою), а друга – у терапевтичних та гастроентерологічних стаціонарах (визначення рівня фекальна α -еластази потребує фінансових затрат).

Література

1. Доказательная панкреатология 2018 (обзор результатов исследований по заболеваниям и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы) / Н. Б. Губергриц и др. *Вестник клуба панкреатологов*. 2019. №2 (43). С. 4–14.
2. Губергриц Н. Б., Христич Т. М., Бондаренко О. А. Неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы. Донецк : Лебедь, 2013. 234 с.
3. Asian consensus on the relationship between obesity and gastrointestinal and liver diseases / J. C. Koh et al. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2016. Vol. 31. P. 1405–1413.
4. Improvement of the Complex Medical Treatment for the Patients with Chronic Biliary Pancreatitis / L. Babinets, K. Kytsai, Yu. Kotsaba, I. Halabitska, N. Melnyk, I. Semenova, O. Zemlyak. *Wiedomosti Lekarskie*. 2017. №2 (1). P. 213–216.
5. Babinets L.S. Patogenetic substantiation of trofologic impact of complex therapy of chronic pancreatitis / L.S. Babinets, I.M. Halabitska, K.Yu. Kytsai // *Journal of Health Sciences*. 2014. №4 (16). P. 272-275.
6. DiMagno E. P., DiMagno M. J. Chronic pancreatitis: landmark papers, management decisions, and future. *Pancreas*. 2016. Vol. 45, №5. P. 641–650.
7. Iglesias-Garcia J. New steps of elastography for the diagnosis of chronic pancreatitis. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*. 2016. Vol. 108, №6. P. 136–142.
8. Kawada N., Tanaka S. Elastography for the pancreas: Current status and future perspective. *World Journal of Gastroenterology*. 2016. Vol. 22, №14. P. 3712–3724.
9. Löhr J. M., Dominguez-Munoz E., Rosendahl J. United European Gastroenterology evidence-based guidelines
10. Recent advances in the diagnosis and nanagment of chronic pancreatitis / C. Kwon et al. *Korean Journal of Internal Medicine*. 2019. Vol. 34, №2. P. 242–260.
11. Recommendations from the United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis / J. E. Domingues-Munoz et al. *Pancreatology*. 2018. Vol. 18, №8. P. 847–854.

**ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ
ПРАКТИКИ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ДО
ОСОБЛИВОСТЕЙ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ПАНКРЕАТИТ Й ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ
ВИКЛАДАННЯ**

Вступ. Умовою формування лікаря загальної практики та сімейного лікаря є набуття широкого спектру знань. Одним із напрямів для створення комфортних умов навчального процесу є використання інноваційних технологій і, в першу чергу, інтерактивних методів навчання. Матеріал, яким має оволодіти лікар загальної практики та сімейний лікар значний, а це спонукає до впровадження інноваційних та інтегральних педагогічних методів, що оптимізують можливості набуття знань і формування спеціальних практичних навичок та вмінь.

Мета дослідження. Розглянути нові погляди комплексного підходу до лікування хворих на хронічний панкреатит та постхолецистектомічний синдром, проаналізувати сучасні методи й перспективні напрямки реабілітації при підготовці лікаря загальної практики та сімейної медицини на додипломному рівні.

Матеріал і методи. На основі аналізу діючих навчальних планів і програм освіти лікарів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» та оцінки навчальної ефективності набутих теоретичних знань, спеціальних практичних навичок та умінь, отриманої за результатами випускного іспиту та врахуванням відсотка набраних правильних відповідей при тестуванні через ліцензійний тестовий іспит «КРОК-2» до та після впровадження інноваційно-інтегральних методик навчання отримані матеріали та сформовані висновки.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проблема надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги населенню України в останні часи набуває вагомую медико-соціальну значущість. Це обумовлено тенденцією до зростання, зокрема за 5 останніх років, поширеності хвороб органів травлення на 24,7%,

захворюваності – на 8,7%, смертності – на 14,0% [16]. Лікування хронічного панкреатиту (ХП) залишається актуальним, оскільки ХП став найчастішим у популяції захворюванням підшлункової залози (ПЗ). За останні 30 років у цілому світі спостерігається збільшення захворюваності гострим панкреатитом (ГП) і ХП більше, ніж у 2 рази, поширеність захворювань ПЗ серед дорослого населення за останні 10 років збільшилася у 3 рази, а серед підлітків – більше, ніж у 4 рази [12]. Згідно із даними світової статистики частота жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), яка є частою причиною формування ХП, має тенденцію до зростання як серед дітей, так і серед людей середнього та похилого віку. Значно зростає також число холецистектомій (ХЕ). Проблема постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС) стає актуальнішою через почастищення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Так, на це захворювання страждають кожна п'ята жінка та кожний десятий чоловік у світі. В Україні захворюваність на ЖКХ із 1997 р. зросла на 87,5%, а поширеність – на 61,0%, складаючи відповідно 618,3 і 104,0 на 100 тис. дорослих осіб [16]. Основний метод лікування ЖКХ – холецистектомія. Щорічно у світі виконується близько 2,5 млн. холецистектомій, тобто за частотою це операційне втручання уступає лише апендектомії. Виконана за показаннями своєчасна планова холецистектомія в умовах висококваліфікованого хірургічного стаціонару сприяє повному видужанню в 80,0% хворих [10]. Але у хворих літнього віку, при наявності супутніх захворювань, гострого калькульозного холециститу летальність може досягати 20,0%. Частота рецидивів ЖКХ за 5 років після холецистектомії – близько 10,0%. За даними різних авторів після холецистектомії скарги з боку органів травлення мають від 5,0 до 74,3% хворих [15]. Після холецистектомії 46,0% пацієнтів відзначають поліпшення, на відсутність змін у самопочутті вказують 25,0%, на погіршення – 29,0% пацієнтів [4]. Після холецистектомії знижується якість життя хворих, у т. ч. у зв'язку з наявністю у переважної більшості пацієнтів хронічного панкреатиту, хоча в деяких дослідженнях показане поліпшення якості життя після операції. Але швидкість його відновлення залежить від варіанту холецистектомії (традиційна, лапароскопічна або холецистектомія з міні-доступу). Після холецистектомії можливий розвиток серйозних ускладнень, а

інвалідами щорічно стають 2,0–12,0% хворих [18]. ХП розвивається більш, ніж у половини пацієнтів після оперативного втручання. Взагалі, частота захворювань підшлункової залози, у т. ч. ХП, за останні десятиліття в усьому світі та в Україні зокрема різко зростає, причому збільшується кількість випадків захворювання з первинно-хронічним перебігом, з частими загостреннями, «омолодження» контингенту хворих. Значно більше зустрічається пацієнтів із сполученою патологією, медикаментозною резистентністю. Біліарний ХП, у т. ч. ХП у хворих на ПХЕС, одна з найчастіших етіологічних форм захворювання. Патогенез, особливості клініки, функціональних і структурних змін ПЗ у хворих на ПХЕС вивчені недостатньо, а ще більшої уваги потребує питання лікування та реабілітації таких хворих. Так як стандартний підхід до лікування збільшує економічні витрати, робить складнішим процес відновлення і змінює якість подальшого життя пацієнтів. Після ХЕ зберігається чи розвивається порушення жовчеутворення і жовчевиділення, секреторної функції ПЗ, що може призвести до порушення травлення та всмоктування. За даними різних авторів, після ХЕ скарги гастроентерологічного характеру мають місце у 5-40%, 3-48% і навіть у 74,3% хворих. Після ХЕ лише менша половина пацієнтів (46%) відмічає покращення самопочуття, на відсутність змін вказують 25% пацієнтів, на погіршення – 29% хворих, на відновлення приступів болів у животі скаржаться біля третини пацієнтів [4]. Після ХЕ знижується якість життя хворих [1], хоча в деяких дослідженнях показано її покращення. Питання значення ХЕ у прогнозі хворих на ЖКХ і ХП залишається дискусійним і потребує подальшого вивчення. Надзвичайно актуальними є також питання визначення особливостей ведення таких хворих.

Лікування хворих на ХП взагалі та після перенесеної ХЕ зокрема значною мірою залежить від ступеня загострення захворювання, наявності болю, диспепсії та синдромів екзокринної й ендокринної недостатності.

Основними підходами до лікування хворих на ХП є:

1) усунення болю і диспепсичних розладів, в тому числі клінічних проявів зовнішньо- і внутрішньосекреторної недостатності ПЗ;

- 2) ліквідація запальних змін ПЗ і супутніх пошкоджень інших органів;
- 3) терапія ускладнень, які потребують хірургічного втручання;
- 4) попередження ускладнень і реабілітація хворих;
- 5) підвищення якості життя.

Консервативне лікування повинне бути спрямоване на корекцію функціональних і структурних порушень, які існували ще до операції, чи тих, які розвинулися внаслідок оперативного втручання. Лікування має компенсувати відсутність ЖМ, допомогти органам травлення адаптуватися в нових умовах. Метою лікування є відновлення нормального поступлення жовчі та панкреатичного секрету з біліарних і панкреатичних протоків у дванадцятипалу кишку (ДПК). У хворих на ХП після ХЕ клінічні прояви можуть бути пов'язані зі зміною хімічного складу жовчі, порушенням її пасажу в ДПК, дискінезією сфінктера Одді (СО), розвитком надлишкового бактеріального росту в кишечнику. Саме корекція даних порушень і є основними задачами у лікуванні.

Важливу роль у лікуванні хворих на ХП відіграє дієтотерапія. Встановлено, що передчасний початок харчового навантаження сприяє раннім рецидивам захворювання. Несприятливу дію перорального харчового навантаження в ранні строки від початку захворювання пов'язують із стимуляцією екзокринної панкреатичної секреції в стиснутих набряком панкреатичних протоках і рецидивом ферментного ураження у вигляді набряку та некрозу ацинарних клітин паренхіми ПЗ. Основний принцип дієтотерапії хворих на ХП [20] в перші 1-2 дні від початку загострення – голод. З цією метою забороняється прийом їжі з метою зниження секреції ПЗ. На тлі терапії при покращенні загального стану хворого можна перевести спочатку на обмежене, а згодом і на повноцінне пероральне харчування. При цьому залишаються в силі основні принципи дієтотерапії хворих на ХП – їжа повинна бути механічно і хімічно щадною, низькокалорійною, містити фізіологічну норму білка (з включенням 30% білків тваринного походження). Виключаються продукти, які викликають метеоризм, які містять грубу клітковину, багаті екстрактивними речовинами, які стимулюють секрецію травних соків. Всю їжу готують у вареному вигляді, на пару, рідкої чи

напіврідкої консистенції. Режим харчування дробний – 5-6 разів на добу. Обмежують стимулятори панкреатичної секреції: сіль до 8-10 г на добу, жири до 40-60 г на добу, вуглеводи до 200 г на добу, виключають бульйони, екстрактивні речовини, прянощі, спеції, жарену, копчену їжу, цибулю, часник, міцний чай та каву [8]. Основним способом стабільного перебігу ремісії є пильне дотримання дієтичного режиму. Їжа повинна містити підвищену кількість білка – 120 - 140 г/добу, рекомендується знизити кількість жирів. Дієта хворих у період ремісії включає в основному ті ж продукти, що в період загострення, тільки страви можуть бути менш щадними. Хворим не рекомендується вживати жирну та гостру їжу, кислі сорти яблук та фруктові соки, алкогольні і газовані напої, а також продукти, які сприяють появі метеоризму чи посилюють його. В комплексній терапії болювого синдрому у хворих ХП необхідним є строге дотримання дієти, виключення алкоголю та паління, газованих напоїв, копчених, жирних і жарених страв, приправ, оскільки вони можуть викликати спазм СО.

У залежності від самопочуття і стану хворого для лікування ХП застосовують різні лікарські препарати: засоби, що зменшують секрецію ПЗ, частіше за все антацидні препарати (маалокс, альмагель та ін.); антагоністи H₂-гістамінових рецепторів (квamatел, гастросидин і ін.); інгібітори протонної помпи (омепразол, рабепразол, езомепразол і ін.); холінолітики (гастроцепін, атропін, платифілін і ін.); ферментні препарати; засоби, які подавляють активність панкреатичних ферментів (контрікал, гордокс); спазмолітики (но-шпа, дюспаталін); прокінетики (мотиліум, церукал та ін.); збезболювальні засоби (баралгін, НПЗП та ін.); антибіотики; плазмозамінні розчини (розчин глюкози 5-10%, реополіглюкін і ін.) [5].

Для профілактики утворення біліарного сладжу потрібно зменшити в раціоні кількість продуктів, що містять холестерин (жири тваринного походження) та жирні кислоти (смажені продукти). Препаратом, який коригує біохімічний склад жовчі, її фізико-хімічні властивості, знижує її літогенність залишається урсодезоксихолева кислота («Урсофальк»). Прийом даного препарату в дозі 5-10 мг/кг/добу показаний не лише при ЖКХ, але й після ХЕ для

профілактики рецидиву холелітіазу. [6]. Довготривала терапія «Урсофальком» попереджує у 75% розвиток атак ідіопатичного рецидивуючого панкреатиту, який у переважній більшості випадків зумовлений міліарним сладжем. Після ХЕ «Урсофальк» необхідно приймати протягом 6 місяців. Можна застосовувати або «Хенофальк» або «Урсофальк» або ж їх комбінацію (рівень доказовості А). «Хенофальк» приймають у дозі 15 мг/кг/добу перед сном, запиваючи рідиною. Можна застосовувати комбінацію «Хенофалька» по 7-8 мг/кг/добу з «Урсофальком» в дозі 7-8 мг/кг/добу одноразово ввечері, запиваючи рідиною. Таке лікування дозволяє добитися розчинення холестеринових камінців у 70-90% пацієнтів.

Основною причиною болю при біліарному ХП є гіпертензія в протоковій системі ПЗ. Саме тому біль може бути усунена заходами, направленими на зниження тиску в протоках, зменшення набряку і запальної інфільтрації ПЗ, без прийому анальгетиків. Для зниження секреції ПЗ призначають ранітидин, фамотидин, омепразол, октреотид. Доцільно починати з октреотиду по 100 мкг 3 рази на добу підшкірно. Середній курс лікування становить 5 днів. При недостатньому клінічному ефекті добову дозу можна збільшити до 600 мкг. Одночасно хворим показано призначення блокаторів шлункової секреції парентерально 3-5 днів, потім перорально до відновлення структурно-функціональної активності ПЗ. Показані антациди з високою кислото-нейтралізуючою активністю кожні 2-3 год [13]. Варто відмітити, що біліарна гіпертензія і запальний процес зменшують доставку лікарських препаратів у вогнище ураження. В зв'язку з цим гепаринізація низькомолекулярними гепаринами за рахунок покращення мікроциркуляції підвищує ефективність терапії.

Медикаментозне лікування дискінезії СО спрямоване на зняття спазму гладенької мускулатури останнього. З цією метою застосовують наступні препарати: дротаверин (но-шпа), галідор. Проте дані препарати є неселективними щодо СО, мають багато небажаних ефектів, зумовлених дією на гладеньку мускулатуру судин, сечовивідної системи і всіх відділів травного тракту. Із селективних спазмолітиків використовують також гастроцепін, із неселективних – препарати красавки, платифілін, метацин, проте при прийомі препаратів даної групи спостерігається достатньо широкий

спектр побічних ефектів: сухість у роті, затримка сечовиділення, закрепи, підвищення внутрішньоочного тиску, сонливість. Також серед спазмолітиків приймають антагоністи кальцію (ніфедипін, амлодипін, верапаміл), проте вони мають множинні кардіоваскулярні ефекти, в першу чергу, вазодилатуючі, у зв'язку з чим не знайшли широкого використання при лікуванні дискінезії СО. Найбільш ефективний міотропний спазмолітик з прямою селективною дією – «Дуспаталін» (мебеверин) – його релаксувальна селективність у відношенні СО в 20-40 раз перевищує ефект папаверину. Крім того препарат не викликає небажану гіпотонію кишечника. Препарат приймають по 1 капсулі двічі на добу до прийому їжі (200 мкг мебеверину гідрохлориду у вигляді мікросфер, покритих кислотостійкою оболонкою). Тривалість курсу становить 2-3 тижні. Доведено, що розвитку панкреатичного болю сприяє як гіпертонус СО, що сприяє внутрішньопротоковій гіпертензії, так і його недостатність, яка призводить до дуодено-панкреатичного рефлюксу та активації панкреатичних ферментів у вірсунговій протоці. Усуваючи спазм СО і не допускаючи його недостатності, дуспаталін блокує обидва механізми розвитку ХП і купує панкреатичний біль [14]. Ефективність «Дуспаталіну» при ПХЕС є доведеною. Крім цього, «Дуспаталін» ефективно коригує діяльність СО на фізико-хімічній стадії ЖКХ, тобто у випадку формування біліарного сладжу після ХЕ [9].

Ще одним рекомендованим у таких ситуаціях препаратом із спазмолітичною дією є Одестон (гімекромон). Цей жовчогінний препарат збільшує утворення та виведення жовчі, володіє селективною спазмолітичною дією на жовчні протоки та СО, не знижує перистальтику ШКТ, зменшує застій жовчі, попереджує кристалізацію холестерину і цим самим розвиток холестазу. Препарат призначається за 30 хв. до їжі по 200-400 мг 3 рази на добу протягом 2 тижнів.

У відновленні нормального відтоку жовчі при відсутності ЖМ поряд із прохідністю СО велике значення має рівень тиску в ДПК. Якщо він перевищує секреторний тиск жовчі та панкреатичного соку, вони будуть депонуватися у біліарних і панкреатичних протоках із відповідними наслідками. У зв'язку з цим зменшення дуоденальної

гіпертензії вважається умовою лікування хворих з дискінезією СО. При виборі тактики лікування необхідно враховувати, що основним патогенетичним механізмом розвитку дуоденальної гіпертензії є надмірний вміст рідини і газу в просвіті ДПК у результаті бродильно-гнилісних процесів, обумовлених мікробною контамінацією. Для деконтамінації ДПК проводять 1-2 семиденних курси антибактеріальної терапії зі змінною препаратів при черговому курсові лікування. Антибіотики варто призначати навіть з профілактичною ціллю, не чекаючи розвитку гнійних ускладнень. Для емпіричного призначення антибіотика варто враховувати ступінь проникнення препарату в тканину ПЗ, чутливість відносно мікробної флори (кишкова паличка, стафілокок) та наявність панкреатоксичності. Карбапенеми, фторхінолони добре проникають в тканину ПЗ, створюючи там концентрацію, що значно перевищує мінімальну пригнічувальну. При грибковому ураженні препаратом вибору буде флюконазол. Препарати, тканинна концентрація яких при доведеному веденні перевищує мінімальну пригнічувальну - пеніциліни широкого спектру, цефалоспорини III і IV поколінь. Аміноглікозиди, цефалоспорини I покоління, тетрацикліни погано проникають в ПЗ, не створюють навіть мінімальної пригнічувальної концентрації. При біліарних панкреатитах, особливо при холангіті, доцільні: ампіокс (4-6 г на добу, цефоперазон (2-4 г на добу), бісептол, нітрофурані). Варто пам'ятати, що цефтріаксон викликає утворення біліарного сладжу, а панкреатоксичними є наступні антибіотики: рифампіцин, ізоніазид, сульфаніламід та сульфасалазин, саме тому їх не варто застосовувати при панкреатитах [7]. Препаратами вибору є: доксициклін – 0,1 г двічі на день, бісептол – 950 мг двічі на день, фуразолідон – 0,1 мг тричі на день, ципрофлоксацин – 250 мг двічі на день. [15]. Одночасно з призначенням кишкових антисептиків у ряді випадків застосовують пребіотики. При проносах – хілак-форте 60 крапель тричі на день протягом 1 тижня, потім по 30 крапель тричі на день протягом 2 тижнів. У випадку закрепів – лактулоза по 1-2 столові ложки 1 раз на день до нормалізації випорожнень. Після закінчення антибіотикотерапії показані пробіотики. Одним із відомих

представників групи пробіотиків є біфіформ, який призначається по 1 капсулі двічі на день протягом 2 тижнів.

Важливу роль у розвитку функціональних розладів і хронічного абдомінального болю відіграють психо-соціальні фактори та соціальна дезадаптація. Існує думка, що вони можуть бути первинними в розвитку функціональних розладів, а у поєднанні з генетичною схильністю визначають формування моторних порушень і вісцеральну гіперчутливість. Тестування хворих за шкалами психосоматичних скарг вказує на посилення психосоматичних страждань після ХЕ, що зумовлює проведення психосоматичної корекції (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики).

Вісцеральний біль при патології біліарної системи виникає у відповідь на швидке збільшення внутрішньопротокового тиску і розтягнення стінки ЖМ і жовчновивідної протоки завдяки подразненню больових рецепторів, розміщених у м'язовій оболонці цих органів. Причини розвитку жовчної гіпертензії і жовчної коліки різноманітні, але переважно зумовлені дискінезцею СО, ПХЕС. При гіперсекреторних формах ХП, який протікає, як правило, з інтенсивним рецидивуючим больовим синдромом, що приносить хворим фізичні і психічні страждання, важливе патогенетичне значення має зняття больового синдрому [17].

На першому етапі основною задачею є створення функціонального спокою ПЗ, оскільки саме активна панкреатична секреція є головною причиною підвищення гідростатичного тиску в протоковій системі ПЗ при затрудненні відтоку (основна причина болю). Це досягається наступними шляхами:

– прийом всередину великих доз сучасних поліферментних препаратів (креон, мезим форте). Висока концентрація ферментів у ДПК викликає пригнічення екзосекреції ПЗ шляхом інгібування вивільнення в ДПК холецистокініну і секретину, які при нормальних умовах стимулюють секрецію ПЗ. Також сприяють зникненню порушень травлення, які призводять до появи диспепсичних розладів (метеоризм, діарея) [19];

– максимальне пригнічення кислої шлункової секреції шляхом прийому інгібіторів протонної помпи, блокаторів H₂-рецепторів секреції гістаміну. Саме хлористоводнева кислота шлункового соку,

переміщуючись в ДПК, стимулює утворення секретину і панкреозиміну, які різко підвищують екзосекрецію ПЗ;

– введення сандостатину чи октреотиду – синтетичних аналогів гормону соматостатину, який інгібує утворення секретину і панкреозиміну в ДПК і підвищує виділення ендогенних морфінів (енкефалінів і ендорфінів), котрі володіють збезболювальним ефектом і впливають на загальний адаптаційний синдром. Перераховані заходи зменшують і знімають біль за рахунок зниження гіпертензії в протоковій системі ПЗ. За даними G. Costano, знеболювальним ефектом при ХП володіють антиоксиданти (1-метіонін, каротин, вітаміни С і Е, селен) – інтенсивність болю зменшувалась у 90,0% хворих, у тому числі у 30,0% - біль зникав зовсім.

При появі у хворих феномену «ухилення панкреатичних ферментів у кров» частина авторів і надалі рекомендує призначення інгібіторів протеаз і коректорів кінінового дисбалансу – апротитіну і його аналогів (контрикал, гордокс), які інактивують трипсин у кров'яному руслі і здатні обмежити вогнище аутолізу і зменшити запальний набряк тканини ПЗ. У випадку, коли вказаних мір для купування болю недостатньо, призначають анальгетики ненаркотичні: метамізол натрію чи анальгін, комбінований анальгетик баралгін, диклофенак (вольтарен), кетапрофен, парацетамол.

Згідно із даними літератури і клінічних спостережень Т.Д. Звягінцевої препарати «Дексалгін» та «Спазмомен» проявили високу терапевтичну ефективність, зокрема, біль була купована у всіх хворих з ПХЕС. «Дексалгін» у пацієнтів з ПХЕС має виражену протибольову і протизапальну дію при внутрішньом'язовому введенні в перші 30-45 хв і препаратом швидкого вибору у випадках, коли таблетовані спазмолітики не повністю купують больовий синдром; також при проведенні діагностичних маніпуляцій (ФГДС, дуоденальне зондування), під час виконання яких виникає необхідність швидкого усунення больового спазму. У дослідженні «Спазмомен» проявив виражений терапевтичний ефект, обумовлений спазмолітичною та антиноцицептивною дією, також у 50% пацієнтів після лікування даним препаратом було виявлено зменшення болю, явищ дисхолії та літогенності жовчі [11, 22].

Наявність у більшості хворих відносної ферментної недостатності у результаті руйнування травних ферментів дуоденальною та тонкокишечною мікрофлорою, зниження інтрадуоденального рівня рН, а також порушення процесу змішування їх з харчовим хімусом є обґрунтуванням для призначення ферментних препаратів. Ферменти ПЗ виконують не лише травну функцію, але й регулюють моторну функцію шлунка і ДПК. При схильності до проносів призначають препарати панкреатину: мезим форте, креон, панцитрат та інші по 1 дозі тричі на день під час їжі; при схильності до закріпів – комбіновані засоби, які містять панкреатин, жовчні кислоти, геміцелюлозу: фестал, дигестал по 1 драже тричі на день під час прийому їжі. Адекватна терапія ПХЕС панкреатичними ферментами потребує використання сучасних препаратів з високою ефективністю та доступною ціною. Спільною терапевтичною рекомендацією є призначення ферментних препаратів у післяопераційному періоді в достатній дозі за 20 хв до їжі протягом 2-3 місяців, а далі на підтримуючій терапії ще протягом 1-2 місяців для досягнення повного ефекту. Препарати панкреатичних ферментів є нетоксичними і безпечними, характеризуються дуже незначним числом побічних проявів, які далеко не завжди зв'язані з прийомом препарату, представляючи собою прояв основного захворювання (діарея, дискомфорт у животі). В теперішній час встановлено, що мікрогранульовані лікарські форми ферментних препаратів мають переваги перед таблетованими. Препарати, які містять мінімікросфери (Креон 10 000 і Креон 25 000) є препаратами першого вибору ферментної терапії. Її перевагами є наступні: мінімікросферична форма випуску, висока активність ферментів, надійна кислотостійка, але в той же час добре розчинна оболонка в ДПК, наявність у препараті додаткових ліполітичних ферментів, оптимальне співвідношення коліпаза / ліпаза.

Для нормалізації калу при закріпах показані «Мукофальк» і/або «Дуфалак». Обидва препарати є безпечними та ефективними. Перевагою «Мукофалька» є у можливості підбору дози препарату для лікування як закріпу, так і проносу, а також у тому, що він сприяє зниженню рівня холестерину в крові. «Дуфалак» при ПХЕС показаний не лише тому, що володіє послаблювальною дією, але й

тому, що має виражений пребіотичний ефект, крім цього, «Дуфалакт» зменшує літогенні властивості жовчі.

Ферментативна недостатність ПЗ закономірно супроводжується метеоризмом та почашенням стільця, саме тому, для зняття цих проявів доцільно призначати смекту, яка володіє обволікувальним, закріплювальним ефектами, адсорбує продукти гниття, токсини патогенних та умовно патогенних бактерій. [7]. Також для стимуляції відновлення клітинних мембран і збереження рівноваги між перекисним окисненням ліпідів та антиоксидантним захистом до комплексного лікування включають і антиоксиданти, зокрема токоферол, аскорбінову кислоту, «Метіонін», «Унітіол» [2].

Забезпечення відтоку секрету ПЗ проводиться з допомогою ендоскопічної техніки, коли порушення мають органічний характер (стенозуючий папіліт), чи шляхом медикаментозного лікування, коли наявні порушення функціонального характеру (дуоденостаз, спазм чи недостатність сфінктера Одді) [8, 21]. При наявності біліарної гіпертензії, холедохолітази, стенозуючому папіліті залежно від показань призначають балонну дилатацію або папілосфінктеротомію з видаленням камінців з спільної жовчної протоки.

Хворим з ХП та ПХЕС для реабілітації призначають фізіотерапевтичне лікування (лікувальні грязі, магнітотерапія) і санаторно-курортне лікування. Як правило, санаторно-курортне лікування показане через 6 місяців після ХЕ. У комплекс реабілітації включають води малої та середньої мінералізації: «Нафтуса», «Моршинська», які своєю чергою знижують внутрішньодуоденальний тиск, зменшують гіпертонус СО, стимулюють жовчоутворення, жовчовиділення, зовнішньосекреторну функцію ПЗ [3].

Останніми роками ренесанс переживають «чисті» немедикаментозні методи корекції стану хворих на ХП і, зокрема, після перенесеної ХЕ, які повинні широко включатись до комплексної реабілітації таких хворих після їх наукового та клінічного обґрунтування. Спектр таких методів дуже великий: класична акупунктура, гомеосиніатрія, гомеопатія, фітотерапія, багатоголчаста різнометалева аплікація, інформотерапія та ін.

Висновок. Отже, підготовці лікарів загальної практики та сімейної медицини необхідно наголошувати, що в періоді відновлення пацієнтів після холецистектомії частота постхолецистектомічного синдрому є високою, незважаючи на нові методики лікування, і вся симптоматика, яка виникає зі сторони шлунково-кишкового тракту, в цьому періоді має насторожувати лікаря загальної практики та сімейної медицини, а підходи до лікування мають бути чітко диференційовані, хронологічно правильними, з урахуванням як клінічної маніфестації постхолецистектомічного синдрому, так і вікових, гендерних, патогенетичних аспектів та супутньої патології.

Інтерактивні, інноваційні методи підвищують ефективність та результативність навчання при їх застосуванні на етапах навчального процесу, а різні підходи до діагностики та лікування, проведення невідкладної допомоги та реабілітації хворих, вирішення проблемних ситуацій реалізують більш ефективну підготовку з хірургії до практичної діяльності лікаря зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина».

Список літератури:

1. Анохіна Г. Особливості терапії хворих постхолецистектомічними синдромами / Г. Анохіна, І. Лопух // Ліки України. – 2000.-№9.-С. 40-4.
2. Антигомотоксична терапія в реабілітації хворих з хронічним панкреатитом. метод. рек / уклад.: Н.Б. Губергриц, В.Я.Колкіна. - К. 2005- 32 с.
3. Бабаков К., Драгомирецкая Н., Кондратюк О. Ранняя реабилитация больных, перенесших операции на билиарной системе // Мед. реабилитация и курортология. – 2000. - №2. – С. 33-36 с.
4. В.Б. Ягмур. О причинах нарушения пищеварения у больных, перенесших холецистектомию / Международный медицинский журнал. - 2004 №3.- С.65-68.
5. Васильев Ю.В. Хронический панкреатит: диагностика, лечение. / Международный медицинский журнал №4. 2006.-С.63-68.
6. Вороненко Ю.В. Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер // Мед. освіта. – 2013. – №2. – С. 19-23.
7. Губергриц Н.Б. Постхолецистектомический синдром. Часть II. Лечение. Ї Н.Б. Губергриц, А.В. Юрьева, П.Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. – 2006.- №3.-С. 76-80.

8. Губергриц Н.Б. Хронический панкреатит. 2. Лечение // Лікування та діагностика. – 2003.- №1.-С. 47-58.
9. Губергриц Н.Б., Христинич Т.Н. Клиническая панкреатология. Донецк; 2000.
10. Дюспаталин при физико-химической стадии желчнокаменной болезни / В. Максимов, С. Бунтин, С. Каратаев и др. // Врач.- 2003.-№5. – С. 47-49.
11. Желчнокаменная болезнь / С.А.Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И.Прудков.-М.:Видар-М. 2000.- 150 с.
12. Звягинцева Т.Д. Патогенетическая коррекция билиарной боли при постхолецистэктомическом синдроме и дисфункции сфинктера Одди. Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Сучасна гастроентерологія – 2012. - №6. – С. 81-92.
13. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. и др. Некоторые вопросы эпидемиологии хронического панкреатита // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы III Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции / Под ред. Проф. В.В. Цуканова. Красноярск, 2003. С. 70-73.
14. Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, Н.В. Беляева Возможности препарата «Октра» в купировании абдоминальной боли при хроническом панкреатите. / Сучасна гастроентерологія / №4 (66).2012 С.55-61.
15. Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, О.А.Голубова, П.Г.Фоменко Холецистэктомия и сфинктер Одди: как достигнуть консенсуса? // Сучасна гастроентерологія №1 (69)- 2013. С. 55-64.
16. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, Н.Г. Агафонова и др. // Леч. врач. – 2004.- №4. – С. 34-38.
17. Філіпов Ю.О. Сучасні уявлення про патогенетичні аспекти хронічного панкреатиту (огляд літератури) // Ю.О. Філіпов, О.О. Крилова // Журнал АМН України. – 2008.– Т. 14, №4.- С. 651-664.
18. Циммерман Я.С. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы. Часть II. Клиника, диагностика, классификация, принципы лечения: Обзор / Я.С. Циммерман // Клиническая Медицина. – 2007. – Т.85, №2.- С. 9-14.
19. A stone in a grossly dilated cystic duct stump: A rare cause of postcholecystectomy pain / K/ Mergener, P.A. Clavien, M.S. Brancy et al. // Am. J/ of Gastroenterol.- 1999.- Vol. 94. P. 229-231.
20. Aronson L. Twelve tips for teaching reflection at all level of medical education / L. Aronson // Med. Teacher. – 2011. – Vol. 33 (3). – P. 200-205.
21. Bruno M.I. Exocrine pancreatic insufficiency: Efficacy of enzyme replacement therapy. - Amsterdam: Thesis publishers, 1995. – P. 160.
22. Imrie C W., McKay C J. The scientific basis of medical therapy of acute pancreatitis:Could it work and is there a role for lexipafant? // Gastroenterol. Clin. North Am.–1999.-Vol. 28 (3).– P.591–599.

Олещук О.М., Курило Х.І., Кліщ І.М., Вольська А.С.
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України

ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В РАМКАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Стрімкий розвиток освітніх технологій є характерною рисою сьогодення. З огляду на динамічність змін щодо зайнятості, ритму життя, значного об'єму інформації та на обмеження щодо проведення традиційних занять в університеті все більшою необхідністю постає опанування новітніх форм навчання, зокрема дистанційного. Однією з важливих умов даної форми є розуміння того, що це не просто «заняття по інтернету». Для організації дистанційного навчання потрібно не тільки навчитися користуватися електронними ресурсами, а й організувати спеціальним чином роботу студентів та забезпечити можливість її об'єктивного оцінювання. І бажано, щоб усе це було зібране на одній платформі для зручності користування, як студентам так і викладачам [2].

Через розповсюдження вірусу Covid-19 з березня 2020 року карантинні заходи почали запроваджувати всі країни, що призвело до закриття на невизначений час усіх навчальних закладів, які змушені були за короткий термін перейти на дистанційний навчальний процес. Умовно розподіливши світ на «до і після», пандемія Covid-19 спричинила цілу низку медичних, економічних і політичних проблем всесвітнього масштабу. Для освіти ж вона стала, з одного боку, стимулом для впровадження інноваційних технологій, а з іншого – індикатором її основних недоліків і проблем [3]. Пандемія Covid-19 вплинула на всі сфери життя, в тому числі й на вищу медичну освіту, але навіть в таких умовах слід шукати шляхи для забезпечення якості освітнього процесу на належному рівні, що полегшується завдяки сучасному стану розвитку інформаційних технологій.

Дистанційна освіта в Україні усе ще сприймається як нововведення, хоча ще в 2000 році була затверджена Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні [3], в якій обґрунтовано мету, доцільність, основні завдання та очікувані наслідки створення і

впровадження даної системи. У 2013 році був затверджений ще один документ - Положення про дистанційне навчання [8] в якому йдеться про особливості організації навчального процесу з використанням технологій дистанційного навчання. Право людей здобувати освіту в різних формах, у тому числі й дистанційній, забезпечено Законом України «Про освіту» [1,3].

Незважаючи на значний науковий доробок та правове забезпечення, підготовка викладачів до організації дистанційного навчання потребує вдосконалення через стрімкий розвиток і появу нових інформаційних технологій. Характерною рисою сучасного цифрового суспільства економічно-розвинених країн є дистанційне навчання. Для України дистанційна освіта не є відносно новим рішенням і до березня 2020 року вона впроваджувалася лише фрагментарно. В умовах пандемії ж постали інші завдання – тотальний перехід на навчання онлайн в екстреному режимі, а значить, цілковита перебудова організаційних засад процесу здобуття знань. Така нетипова ситуація забезпечила умови для незапланованого, масштабного, природнього експерименту в освітніх установах України, що дозволив отримати неочікуваний, але дуже цінний досвід, який за умов відсутності вибору потрібно реалізувати ключове завдання – швидко перейти на онлайн-навчання, але не втратити при цьому якість та уникнути зайвих фінансових обтяжень [3].

Великий інтерес в таких умовах представляє дистанційна форма навчання, що здійснюється за допомогою комп'ютерних телекомунікацій, оскільки за ним лежить майбутнє. Адже більшість населення нашої держави вже сьогодні не уявляє себе і своє життя без комп'ютерних технологій та всесвітньої мережі Інтернет. При цьому не доводиться нікуди ходити, щоб отримати необхідні знання, їй варто лише увійти до мережі і вибрати одну з форм заняття.

Дистанційне навчання – тип навчання, заснований на освітній взаємодії віддалених один від одного педагогів і тих, що навчаються. Воно реалізується з використанням телекомунікаційних технологій і ресурсів мережі Інтернет [9]. Всі властиві навчальному процесу компоненти системи навчання характерні і для дистанційного

навчання: значення, мета, зміст, організаційні форми, засоби навчання, система контролю і оцінки результатів.

Порівняно з іншими формами навчання дистанційна форма забезпечує, насамперед, неперевершену швидкість оновлення знань за підтримки інформаційних ресурсів, що обираються студентами зі світових електронних інформаційних мереж, а також практично без обмежень розширювати навчальну аудиторію викладача, "знімаючи" всі географічні та адміністративні кордони та сприяє забезпеченню рівного доступу до якісної освіти широких верств різних категорій студентів [6].

Потрібно відмітити, що особливості організації освітнього процесу у вищих навчальних закладах на основі дистанційного навчання потребує високої компетентності викладача не лише в сфері своїх наукових інтересів, але й здатності використання інформаційних технологій в процесі навчання, а від студентів – поєднання мобільності, цілеспрямованості, прагнення до самовиховання. Отже, метою використання дистанційного навчання студентів в освітньому процесі є виховання не лише компетентного фахівця, але й особистості, яка має бажання і здатність до спілкування, саморозвитку, навчання та самоосвіти. І як результат, можливість забезпечити безперервність та доступність освіти і отримання сучасних навичок, які постійно змінюються.

Дистанційне навчання є окремою формою здобуття освіти, поряд з очною та заочною. Дистанційне навчання широко використовується за кордоном, зокрема у США, Канаді, Японії, Австралії та західноєвропейських країнах. Дистанційне навчання відкриває слухачам доступ до нетрадиційних джерел інформації, підвищує ефективність самостійної роботи, надає нові можливості для творчості, оволодіння і закріплення різноманітних професійних навичок, а викладачам дозволяє реалізувати принципово нові форми і методи навчання. Під дистанційним навчанням розуміється індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує

на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-цифрових технологій [2].

Саме дистанційна освіта значно розширює можливості та коло надаваних освітніх послуг за допомогою використання системи гнучкої безперервної освіти. Успішно використовуються та розроблені різні системи дистанційного навчання (кейсова, мережева, телекомунікаційна та їх варіанти) [7]. Виникає потреба в безперервному отриманні і наданні інформації. Ця особливість виникає завдяки стрімкому розвитку науково-технічного прогресу, коли протягом короткого відрізка часу одна інформаційна технологія змінює іншу, з'являються нові пристрої, змінюються принципи роботи та природно виникає потреба обміну інформацією з нових інформаційних технологій. Це призводить до необхідності безперервного навчання протягом усього життя людини. Безперервність навчання разом з відкритістю і доступністю лежить в основі концепції освіти в інформаційному суспільстві. Освіта завжди була і є дзеркалом соціальних процесів, що відбуваються в суспільстві у даний період. Принципи відкритості та безперервності стають ключовими принципами розвитку освіти. Процес інформатизації суспільства, впровадження нових інформаційних технологій в усі сфери діяльності відбивається на змінах, що відбуваються в системі підвищення кваліфікації освітян. В умовах постійної зміни життя суспільства вчитель/викладач повинен бути готовий до безперервного вдосконалення і підвищення своєї кваліфікації. Водночас суспільством повинні бути створені умови, при яких педагог може реалізувати свою потребу в постійному навчанні і розвитку.

Головною метою дистанційного навчання є надання освітніх можливостей тим, хто навчається у будь-яких районах країни або за її межами шляхом застосування у навчанні сучасних інформаційно-цифрових технологій. Дане навчання ґрунтується на використанні інформаційно-цифрових технологій і, зокрема, комп'ютерних мереж [1-4,7]. В межах дистанційного навчання реалізуються всі існуючі традиційні дидактичні принципи навчання (науковості, систематичності, індивідуалізації, наочності та ін.) та з'являються нові (принцип педагогічної доцільності використання нових

інформаційних технологій; принцип забезпечення безпеки інформації, яка циркулює при дистанційному навчанні; принцип відповідності технологій навчання; принцип мобільності навчання), пов'язані з використанням сучасних інформаційних технологій [9]. Практика такого навчання показує, що основною формою організації навчального процесу за дистанційною формою є самостійна робота. Таким чином, для ефективного навчання слухач повинен володіти методами планування й організації самостійної роботи з навчальним матеріалом, навичками самоосвіти. Крім того, слухач повинен бути оснащений відповідними технічними засобами (персональним комп'ютером і/або смартфоном, що підключені до системи Internet з достатньою швидкістю). При використанні дистанційного навчання безперечно розширюється й оновлюється роль викладача: він координує пізнавальний процес, постійно вдосконалює навчальні курси, підвищує творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень і інновацій. Однією з найважливіших задач викладача є контроль знань, умінь та навичок слухачів. Ця традиційно викладацька задача вирішується у дистанційному навчанні під час розробки тестів поточного та підсумкового контролю. Таким чином, головними завданнями викладача у дистанційному навчанні є: розробка навчального курсу (контенту), що вноситься у систему дистанційного навчання (наприклад, MOODLE) або на сайт відкритого електронного ресурсу; розробка інструкцій до навчання; консультування слухачів з предмету та допомога у навчанні у разі необхідності; контроль результатів навчання [10].

Дистанційне навчання має цілий ряд недоліків: відсутність очного спілкування викладача й того, хто навчається; нестача практичних занять; відсутність постійного контролю; відсутності захисту авторських прав розробників навчальних матеріалів, сертифікації інститутів дистанційної освіти тощо. Але є й значні його переваги над традиційним навчанням. Це: доступність для різних верст населення; можливість навчатися в зручний для себе час і в будь-якому місці; навчання без відриву від основної діяльності (роботи), під час декретної відпустки та ін.; доступність навчальних матеріалів; комфортне навчання; індивідуальний підхід. Дистанційна система навчання дозволяє подолати більшість з вищезгаданих недоліків

традиційної системи навчання. Студенти мають доступ до дистанційних навчальних дисциплін у будь-який час доби, та день тижня. Вони не прив'язані до місця доступу до дистанційного курсу – сучасні мобільні гаджети, такі як планшети чи смартфони, котрі використовують мобільний Інтернет, дозволяють працювати з дистанційними курсами в будь-якому місці [11].

У Тернопільському медичному університеті імені І.Я. Горбачевського вже в продовж більше десяти років для забезпечення очного навчання використовується відкрита система управління навчання MOODLE (Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment), яка стала ще більше потрібною у зв'язку з припиненням очного навчання через епідемію коронавірусу, тому робота викладацького складу триває в повну силу, для того, щоб гарантувати отримання якісної освіти студентів, які продовжують дистанційно навчатися завдяки розробленій університетом системі MOODLE, де розміщені методичні рекомендації для практичних занять та матеріали підготовки студентів, перелік схем, питання, тести, задачі, які використовуються на практичних заняттях та підсумковому контролі, робочі програми, відеофільми, графік відпрацювання тощо.

На даній платформі є можливість створення інтерактивних лекцій, а не тільки розміщення текстів лекцій. Також для підвищення рівня візуалізації можна імплементувати в інтерактивні лекції відеоролики або іншу інформацію (таблиці, схеми, діаграми) для кращого засвоєння матеріалу. Лекція, яка опрацьовується студентом в дистанційному режимі завжди є доступна протягом певного періоду часу і в студентів появляється трохи більше вільного часу, щоб старанніше готуватися до занять, ще раз переглянути незрозумілі частини нового матеріалу. Дослідження психологів останніх років виявили, що сучасна молодь має «кліпове мислення», тобто переважна більшість інформації отримується з відеоряду, причому можливість засвоювати інформацію таким чином є обмеженою в часі. MOODLE надає можливість інсталяції освітніх ресурсів (навчальних матеріалів) і забезпечує засобами доступу до ресурсів та управління ними; забезпечує комунікаційну взаємодію учасників освітнього процесу, що реалізовується у формі інтернет-конференцій, форумів,

дискусій, а також обміну посланнями, що містять, зокрема, завдання для тих, хто навчається, виконання завдань і коментарі [2]. Використання мережевих технологій дозволяє студенту будувати свою стратегію вивчення навчальної дисципліни та сприяє не тільки засвоєнню студентами знань, умінь, навичок, форм професійної поведінки, а й формуванню певної структури особистісних якостей.

Система дистанційного навчання MOODLE має досить багато можливостей як для студентів так і для викладачів. У середовищі MOODLE студенти отримують: доступ до навчальних матеріалів (тексти лекцій, завдання до практичних/лабораторних та самостійних робіт; додаткові матеріали (методичні розробки) та тестування; можливість перегляду результатів проходження тесту та спілкування з викладачем через особисті повідомлення, форум, чат, а також використання нагадувань про події у курсі [1].

Викладачам надається можливість: використання інструментів для розробки авторських дистанційних курсів; розміщення навчальних матеріалів (тексти лекцій, завдання до практичних/лабораторних та самостійних робіт; додаткові матеріали (книги, довідники, посібники, методичні розробки) у форматах pdf, а також відео, аудіо і презентаційні матеріали; використання різних типів тестів та автоматичного формування тестів; автоматизації процесу перевірки знань, звітів щодо проходження студентами курсу та звітів, щодо проходження студентами тестів.

Також в університеті було використано платформу Teams для проведення відео конференцій, про яку більшість з нас не знало до початку карантину. Проте вона дуже проста в користуванні, має багато функцій, можлива демонстрація презентацій, відео, дає можливість зробити запис тощо.

Перед проведенням навчального заняття необхідно заздалегідь створити в Календарі додатку MS Teams (під акаунтом викладача) канал для заняття, в якому призначити дату та час проведення заходу, назву дисципліни та тему лекції або практичного заняття, згідно графіку навчання академічних груп. Функціональні можливості Teams дозволяють проводити заняття та консультації в онлайн-режимі за допомогою відеозв'язку. Студенти також мають можливість

користуватися мобільними додатки MS Teams у своїх смартфонах чи планшетах.

Усне опитування відбувається за допомогою цієї платформи у режимі відео конференції. Перевагою при цьому є ввімкнення камери та мікрофона, що дозволяє уникнути підказок та якісно оцінити рівень підготовки. Використання вкладки «дошка» дозволяє покращенню візуалізації заняття та залучення студента до, зокрема виписувати рецепти на лікарські засоби при вивченні предмету «фармакологія». Всі необхідні файли можна додати під час заняття. а у вкладці «нотатки» на передодні заняття викладач має можливість зазначити для студентів чи то інформацію, чи завдання для підготовки. Запис заняття дає можливість вирішення суперечливих питань щодо оцінювання, списування, користування додатковими матеріалами. Платформа Teams дозволяє проведення інтерактивних лекцій, які стали важливим елементом сучасної системи вищої освіти, оскільки інформація, яка надається студентам одночасно дублюється за кількома інформаційними каналами – відео та аудіо.

Колектив кафедри фармакології з клінічною фармакологією активно долучився до викладацької діяльності з використанням платформи Microsoft Teams, починаючи з моменту запровадження карантинних заходів. На кафедрі було розроблено наступний алгоритм проведення практичних занять зі студентами в онлайн режимі: 1. Обговорення та вивчення теоретичного матеріалу до теми заняття з використанням методичних рекомендацій, які є на сайті кафедри та активне залучення студентів до обговорення нового матеріалу за допомогою усної відповіді. Протягом усного опитування викладач методом дискусії опитує всіх студентів; 2. Розбір тестових завдань і ситуаційних задач, які охоплюють усі аспекти теми заняття і дають змогу добре закріпити матеріал, отримати хороші знання з даної теми, а також підготувати студентів до ліцензійного іспиту «Крок 1»; 3. Завершення заняття закінчується проведенням тестового контролю (викладач сам призначає час і дату виконання, кількість спроб, тривалість сеансу тестування, надання доступу як усій групі студентів, так і персонально) з відповідної теми заняття з активною опцією автоматичного вибору випадкових тестових запитань з бази

тестів для кожного студента. Тестування дає можливість реалізувати основні дидактичні принципи контролю навчання.

Тестовий контроль дозволяє індивідуалізувати роботу зі студентами, але потрібно враховувати, що використання тестового контролю при навчанні в медичному університеті не може бути основним при оцінюванні знань, тому його потрібно поєднувати з усною формою опитування, що контролює не тільки знання, а й тренує усне мовлення, вміння користуватись медичною термінологією, а також формує мотивацію для підготовки до кожного заняття, що дисциплінує студента. За необхідністю використовуються дошка та чат.

Взаємодія студентів і викладача в системі дистанційного навчання відбувалася обміном повідомлень в чаті та дзвінками Teams. Виникали проблеми з оцінюванням знань, оскільки не усі студенти дотримувались принципу академічної доброчесності. На жаль, для деяких студентів були труднощі із самоорганізацією роботи, своєчасним виконанням завдань. Окрім того, відсутність звичної опіки викладача, його пояснень, узагальнень, різних способів зацікавлення, живого слова створювала певні проблеми саме для таких студентів. Проте, дистанційне навчання, як форма освітнього процесу, має великі перспективи, особливо в умовах пандемії. Перший, хоча і короткочасний, наш досвід проведення навчального процесу у формі дистанційного навчання продемонстрував його переваги в порівнянні з традиційними формами навчання, в першу чергу, в інформаційному плані. Наявність зручного часу у студентів і можливість навчання за місцем проживання обумовили відсутність пропущених занять студентами. Але проявилися і певні недоліки. Так, іноді дистанційне навчання супроводжувалося технічними проблемами. Викликали сумніви щодо самостійного опрацювання необхідних навчальних матеріалів і дотримання студентами умов академічної доброчесності.

Отже, дистанційне навчання відіграє значну роль і передбачає максимальне використання його навчальних можливостей та переваг у системі педагогічної освіти. Дистанційне навчання повинно розроблятися відповідно до принципів науковості, актуальності, адаптованості до вимог часу і ринку праці. Саме можливість

своєчасного управління та спрямування процесу навчання та отримання знань студентами, висока інтерактивність, можливість індивідуальної освіти та диференціації навчання якісно відрізняє дистанційну форму від інших.

Таким чином, незважаючи на всі виклики, кинуті пандемією, при взаємному бажанні студентів та викладачів сучасні технології дають можливість проведення освітнього процесу на належному рівні. Однак потрібно пам'ятати, що жодна відео конференція не замінить реального спілкування та практичної роботи, але це дає можливість забезпечити безперервність медичної освіти з тимчасовим акцентом на теорії та з подальшим впровадженням у практику за сприятливих умов.

Список використаної літератури

1. Дистанційна освіта: забезпечення доступності та неперервної освіти впродовж життя (E-Learning and University Education 2017) : матеріали XLII Міжнародної науково-методичної конференції (м. Полтава, 9–10 лютого 2017 року). – Полтава: ПУЕТ, 2017. – 365 с.
2. Дистанційне навчання як сучасна освітня технологія [Електронний ресурс]: матеріали міжвузівського вебінару (м. Вінниця, 31 березня 2017 р.) / відп. ред. Л.Б. Ліщинська. – Вінниця : ВТЕІ КНТЕУ, 2017. – 102 с.
3. Екстрене дистанційне навчання в Україні: Монографія / За ред. В.М. Кухаренка, В.В. Бондаренка – Харків: Вид-во КП «Міська друкарня», 2020. – 409 с.
4. Киян, І. В. Оцінка якості педагогічних технологій в системі дистанційного навчання / І. В. Киян // Успіхи сучасного природознавства. – 2012. – №2. – С. 76–84.
5. Курлянд З. Н. Теорія і методика професійної освіти : навч. посіб. / З. Н. Курлянд, Т. Ю. Осипова, Р. С. Гурін. – К. : Знання, 2012. – 390 с.
6. Ляхоцька Л.Л., Касьян С.П., Антощук С.В., Сябрук Т.І. / Відкрита та дистанційна освіта: від теорії до практики: зб. матер. III Всеукр. електронної наук.-практ. конф., 27 вересня 2018 р. – К. : ДВНЗ «Ун-т менеджменту освіти» НАПН України, 2018. – 166 с.
7. Модернізація медичної освіти шляхом формування клінічного мислення кейс-методом (CBCR); за ред. О. тен Кате, М. Ван Лон, Г. Сімонія. – К., 2014. – 217 с.
8. Положення про дистанційне навчання Наказ Міністерства освіти і науки України 25.04.2013 №466 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до вид.: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0703-1>
9. Роберт І. В. Розвиток дидактики в умовах інформатизації освіти / І.В. Роберт // Педагогіка. – 2012. – №9. – С. 25–36.

10. Романенкова, Д. Ф. Педагогічний супровід дистанційного навчання / Д. Ф. Романенкова // Інноваційні інформаційні технології: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. / За ред. С. У. Увайсова. – М. : МІЕМ, 2012. – С. 142–144.
11. Третякова Ю.В. Застосування технологій дистанційного навчання для підвищення якості засвоєння навчального матеріалу // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. – 2013. – Випуск 19. – с. 706–715.

Бабінець Л.С.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ «ВЕДЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ» У РАМКАХ ЦИКЛУ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»: ЯК ВІДПОВІСТИ НА ЗАПИТАННЯ ПАЦІЄНТА

Вступ. Важливим аспектом викладання питання щодо ведення пацієнта у практиці лікаря первинної медичної допомоги сформувати навичку комунікації із пацієнтом з певною нозологією для відпрацювання правильного стилю життя хворого. Розглянемо це на прикладі викладання тематики «Ведення бронхіальної астми у практиці сімейного лікаря».

Основна частина. Зупинимося на основних запитаннях, важливих для пацієнта з бронхіальною астмою.

Що таке бронхіальна астма?

Бронхіальна астма (БА) є багатofакторним захворюванням, яке зазвичай характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів і розвитком наступних симптомів - свистячого дихання, задишки, відчуття стискання у грудній клітці і кашлю змінної частоти та інтенсивності. Ці симптоми пов'язані з утрудненням видиху повітря через дихальні шляхи. Обмеження повітряного потоку є наслідком спазму гладкої мускулатури і набряку слизової оболонки бронхів, нагромадження слизових корків, а з плином часу також і наслідком ремоделювання стінок бронхів.

Яка актуальність проблеми БА в Україні та світі?

БА – одна із найбільш важливих медико-соціальних проблем. Захворювання уражає усі вікові категорії населення та при неефективному контролі призводить до значного порушення якості життя, а у частини випадків – до смерті хворих. Професійна бронхіальна астма в Україні відноситься до алергічних і захворювань, її причиною в умовах виробництва є близько 300 алергенів виробничого середовища, а у структурі професійних хвороб БА складає 3%.

В Україні розповсюдженість астми становить приблизно 515,9 хворих на 100 тис. дорослого населення, причому вона зростає. Смертність від астми і астматичних станів невисока, можна відмітити навіть тенденцію до її зменшення – із 0,9 до 0,5 на 100 тис. населення. За критеріями поширеності, важкості перебігу, складності у діагностиці, терапії та реабілітації БА займає провідне місце серед «захворювань сторіччя». Цією патологією страждають до 300 мільйонів мешканців планети. Показники захворюваності на БА варіюють в різних країнах від 1% до 18%. У дітей цей показник коливається в межах 5-10% в популяції і залежить від віко-статевих характеристик. Встановлено, що у ранньому віці частіше хворіють хлопчики, ніж дівчатка (6% та 3,7% відповідно), однак у пубертатному віці частота захворюваності БА стає однаковою. У віковому аспекті найбільша поширеність БА реєструється в шкільному віці. У мешканців міста частіше реєструється БА, ніж у мешканців села (7,1% та 5,7% відповідно). В Україні протягом останніх років розповсюдженість БА серед дітей коливається в межах 0,60% - 0,56%, що свідчить про проблему гіподіагностики захворювання.

Які причинні фактори виникнення і види БА?

За етіологією розрізняють алергічну (найчастіше починається у дитинстві, часто поєднується з іншими atopічними захворюваннями, зазвичай з еозинофілією в харкотинні і доброю відповіддю на інгаляційні глюкокортикоїди (ГК)) і неалергічну БА (зазвичай у дорослих, часто з гіршою відповіддю на інгаляційні ГК).

Додатково виділено **фенотипи (види) БА:**

- 1) пізнього початку;
- 2) з персистентною бронхообструкцією;

3) із супутнім ожирінням.

Які фактори викликають напади та загострення БА?

Це алергени, респіраторні інфекції (в основному, вірусні), забруднення повітря (тютюновий дим, аерозолі, які застосовують у побуті, випари фарб тощо), фізичне навантаження, емоційний стрес, зміна погоди, лікарські засоби (β -блокатори, не стероїдні протизапальні засоби, харчові продукти і харчові добавки).

Які фактори підвищують ризик загострень БА?

Це неконтрольовані шляхом правильно призначеного лікування симптоми БА (надмірне застосування β_2 -міметиків короткої дії – протягом місяця >1 упаковки, що містить 200 доз), невикористання інгаляційних глюкокортикостероїдів (недотримання пацієнтом вимог щодо застосування призначеного препарату, неправильна техніка інгаляції), низький об'єм форсованого видиху при спірометрії (особливо $<60\%$ належного значення), серйозні психологічні або соціально-економічні проблеми, контакт з тютюновим димом або з алергенами (у осіб з підвищеною чутливістю), супутні захворювання (ожиріння, риносинусит, харчова алергія), еозинофілія харкотиння або крові, вагітність, ≥ 1 тяжкого загострення БА впродовж останніх 12 міс., інтубація або лікування у відділенні інтенсивної терапії з приводу БА в анамнезі.

Хто діагностує і веде БА?

Діагноз БА має бути підтверджений і на випадок необхідності задокументований у картці пацієнта найчастіше лікарем первинної медичної допомоги – сімейним лікарем, дільничним педіатром або терапевтом після консультації вузького спеціаліста-пульмонолога або алерголога (у випадку atopічної БА). Залежно від клінічної необхідності й доступу до медичної допомоги це бажано зробити перед призначенням контролюючої терапії. Її краще призначати пульмонологу, до якого необхідно спрямувати пацієнта. Підтвердити діагноз БА після початку лікування складніше.

Яка клінічна картина БА?

Суб'єктивні симптоми: нападоподібна задишка, переважно експіраторна (інколи – відчуття стискання у грудній клітці), яка минає самостійно або під впливом лікування; свистяче дихання; сухий нападоподібний кашель (супроводжує задишку або виступає як

єдиний симптом (кашльовий варіант БА); у дорослих ізольований кашель рідко є симптомом БА). У пацієнтів з алергічною астмою співіснують ознаки інших алергічних захворювань, найчастіше алергічного риніту. Суб'єктивні та об'єктивні симптоми характеризуються змінною інтенсивністю, а між епізодами нападів і загострень БА можуть бути відсутні.

Об'єктивні симптоми: дифузні двобічні свистячі хрипи (переважно на видиху) і подовжений видих. Інколи симптоми доступні аускультативні тільки під час форсованого видиху. Під час загострень має місце участь допоміжної дихальної мускулатури і тахікардія. При вкрай тяжкому перебігу загострення аускультативні шуми можуть бути відсутні («німа» грудна клітка).

Які допоміжні обстеження призначає лікар для встановлення діагнозу БА?

Спірометрія із пробою з бронходилататором, що дозволяє встановити факт бронхообструкції та її зворотності чи незворотності у тяжких випадках.

В особливих випадках для підтвердження діагнозу проводять **специфічні провокаційні проби з алергеном**, ацетилсаліциловою кислотою, засобами, що застосовують на робочому місці, фізичним навантаженням.

Пікова швидкість видиху (ПШВ) визначається шляхом **п'єкфлуометрії** - характерні середні (з 1–2 тиж. вимірювань) добові коливання ПШВ $>10\%$, вимірювання використовують для підтвердження діагнозу, для моніторингу хвороби (зважити у пацієнтів з тяжкою астмою або з поганою толерантністю до симптомів)

Рентгенологічне обстеження грудної клітки зазвичай не виявляє патологічних змін, при загостренні можуть визначатися ознаки гіпервентиляції легень та ускладнень, спричинених загостренням (пневмоторакс).

Пульсоксиметрія і газометрія артеріальної крові проводиться з метою оцінки тяжкості і моніторингу перебігу загострень.

Тести на IgE-залежну алергію - шкірні скарифікаційні тести, рівень загального і специфічного IgE – можуть виявити етіологічний алерген у хворого на алергічну БА.

Дослідження індукованого харкотиння на наявність еозинофілії проводять у центрах, які мають досвід у цьому питанні, може використовуватись з метою модифікації лікування у хворих з БА середньої тяжкості або тяжкою.

Які основні підходи до лікування БА?

Мета лікування БА – досягнення та підтримання контролю клінічних проявів захворювання впродовж тривалого часу з урахуванням безпечності терапії, потенційних побічних ефектів, вартості лікування потрібного для досягнення цієї мети.

Самолікування БА неприпустиме!

Немедикаментозне лікування - роль додаткових та альтернативних методів лікування хворих БА обмежена, тому що ці методи недостатньо вивчені та їх ефективність в більшості випадків не підтверджена. До додаткових та альтернативних методів належать: акупунктура, гомеопатія, лікування травами, медицина аюрведи, іонізатори, остеопатія, хіропрактика, спелеотерапія та інші.

Необхідні дії лікаря – 1) побудова партнерських взаємовідносин між лікарем і пацієнтом (освітні заходи);

2) проведення освітніх заходів для пацієнтів з БА;

3) усунення контакту з факторами ризику захворювання: харчовими алергенами, аероалергенами, в тому числі виробничими, тютюновим димом та іншими забруднювачами повітря, кліщем домашнього пилу, алергенами тварин, грибок тощо;

4) відмова від паління, зниження маси тіла у пацієнтів з БА, які страждають на ожиріння.

Пацієнтам рекомендовано зниження маси тіла при супутньому ожирінні для покращення загального рівня здоров'я та поліпшення контролю БА. Потрібно провести обчислення індексу маси тіла (в нормі 20-25) і проведення консультацію щодо харчування (зменшити калораж за рахунок зниження кількості жирів, солодкого, гіпералергенних продуктів (шоколад, екзотичні фрукти, риба та ін.)

Рекомендовано дихальну гімнастику - призначається спеціалістом з фізіотерапії. Декілька контрольованих досліджень виявили, що дихальні та релаксаційні гімнастики, в тому числі дихання по Бутейко та Папвордсу, зменшували симптоми та потребу

в короткої дії бета 2-агоністах, покращували якість життя та психологічний стан.

Медикаментозне лікування включає призначення інгаляційних бронхолітиків (короткої та тривалої дії), інгаляційних кортикостероїдів, комбінацій інгаляційних кортикостероїдів з бронхолітиками тривалої дії. Препарати у **інгаляторах** мають перевагу над пероральними формами, оскільки препарат доставляється безпосередньо до органу-мішені (дихальні шляхи), мінімізується системна дія препарату, виключаються медикаментозні взаємодії.

Інгаляційні кортикостероїди (беклометазон, будесонід, флутиказон, мометазону фуорат) – найбільш ефективні протизапальні препарати при персистуючій астмі. Доведено, що вони зменшують симптоми БА, покращують якість життя, функцію легенів, зменшують бронхіальну гіперреактивність, контролюють запалення в дихальних шляхах, зменшують частоту та тяжкість загострень, смертність від астми.

Бронхолітики тривалої дії: бета 2-агоністи (формотерол, сальмотерол) не застосовуються в монотерапії, без інгаляційних кортикостероїдів (ІКС). Доведено, що вони найбільш ефективні, коли комбінуються з ІКС, і така комбінація має переваги, коли середні дози ІКС в монотерапії не дозволяють контролювати астму. Додавання бета 2-агоністів тривалої дії до ІКС покращує астма-рахунок, зменшує нічні симптоми, покращує функцію легенів, зменшує потребу в бронхолітиках короткої дії (фенотерол, сальбутамол), зменшує кількість загострень, не збільшує ризик пов'язаних з астмою госпіталізацій, дозволяє досягти контролю захворювання у більшій кількості пацієнтів, швидше, та при застосуванні більш низьких доз ІКС, ніж ІКС в монотерапії.

Існує декілька типів інгаляційних систем – кишенькові (дозовані інгаляційні інгалятори (ДАІ), ДАІ що активуються вдихом, сухопорошкові інгалятори СПІ), небулайзери. Небулайзери застосовуються стаціонарно, зазвичай при необхідності введення великих доз препаратів (бронхолітиків, ІКС), при загостреннях.

Пероральний прийом ліків має перевагу над парентеральним.

Довготривала терапія системними ГКС (періоди, довші за 2 тижні, так званий глюкокортикостероїдний «вибух» буде необхідна при тяжкій неконтрольованій БА, але їх застосування обмежене ризиком розвитку серйозних побічних ефектів.

Модифікатори лейкотриєнів (монтелукаст, омалізумаб) рекомендується призначати пацієнтам в якості альтернативного методу при легкій персистуючій БА, пацієнти із аспіриновою астмою також добре відповідають на ці медикаменти.

Які сучасні загальні принципи ведення пацієнтів з БА згідно із клінічним протоколом, створеним за принципом доказовості?

Довготривалою ціллю лікування БА є *контроль симптомів і зменшення ризиків*. Метою є зменшення тягаря хвороби для пацієнта, ризику розвитку загострень, ушкодження ДШ і побічних ефектів лікування.

Рекомендації на рівні популяції стосуються пріоритетних методів лікування, які будуть оптимальними для більшості населення в популяції.

Рекомендації на рівні пацієнта мають враховувати індивідуальні особливості перебігу та фенотип БА, при яких в пацієнта очікувано спостерігатиметься терапевтична відповідь. Крім того, слід брати до уваги вподобання пацієнта, а також практичні аспекти, зокрема правильність техніки інгаляцій, прихильність до терапії, вартість лікування.

Партнерство між пацієнтом і лікарем є вкрай важливим для успішного лікування. Навчання медичних працівників *комунікативним навичкам* сприяє досягненню більшої задоволеності пацієнтами, кращих показників здоров'я, скорочує витрати на лікування.

Медична грамотність – здатність пацієнта сприймати, аналізувати і розуміти основну інформацію щодо свого стану здоров'я задля прийняття відповідних рішень – має враховуватись при лікуванні та навчанні пацієнтів з БА.

Поради щодо режиму життя пацієнтів з БА

Регулярне відвідування лікуючого лікаря для оцінки відповіді на терапію і для корекції лікування

Пацієнти мають відвідувати лікаря раз на 1–3 міс після початку лікування і кожні 3–12 міс після того, вагітні мають проходити огляд кожні 4–6 тиж. У разі загострення огляд має призначатись через 1 тиж. Частота візитів до лікаря залежить від початкового рівня контролю БА, попередньої відповіді пацієнта на терапію, здатності та готовності займатися самоконтролем і самодопомогою відповідно до плану дій.

За допомогою медиків оволодіти технікою інгаляцій

Проводити навчання техніці інгаляцій з метою ефективного використання інгаляційних пристроїв, оскільки більшість пацієнтів (до 80%) не вміють користуватись інгалятором правильно. Це призводить до поганого контролю симптомів і виникнення загострень.

Підвищувати прихильність до терапії у співпраці з лікарем та середнім медперсоналом

Близько 50% дітей та дорослих не дотримуються призначень з прийому контролюючих препаратів. Низька прихильність до терапії призводить до поганого контролю симптомів і виникнення загострень. Недотримання призначень може бути випадковим (забудькуватість, висока вартість препаратів, неправильне розуміння призначень) і/або ненавмисним (нерозуміння потреби в лікуванні, страх розвитку побічних ефектів, культурні питання, висока вартість лікування).

Усунути модифіковані фактори ризику у співпраці з лікарем

Деякі приклади модифікації факторів ризику з високим ступенем доказовості:

- керована самодопомога: самоспостереження за симптомами і/або піковою швидкістю видиху, написання плану дій з БА, регулярні медичні огляди;

- дотримання режиму, який мінімізує ризик розвитку загострень: призначення ІГКС – контролюючого препарату. У пацієнтів з принаймні одним загостренням упродовж останнього року розглянути доцільність призначення низьких доз ІГКС/формотеролу з метою підтримувальної та допоміжної терапії;

- уникнення впливу тютюнового диму;

– підтверджена харчова алергія: уникнення відповідних харчових продуктів; забезпечити наявність ін'єкційного епінефрину (адреналіну) у разі анафілаксії;

– пацієнтів з тяжкою БА: направити в спеціалізований центр, якщо є можливість, для призначення додаткового лікування і/або лікування, направлено на усунення мокротиння.

Які основні нефармакологічні методи профілактики та лікування БА?

– **порада кинути палити:** під час кожного візиту наполегливо заохочувати курців кинути курити. Забезпечити доступність для них психологічної допомоги та засобів. Рекомендувати батькам і опікунам уникати паління в приміщеннях і машинах, в яких перебувають діти з БА;

фізична активність: заохочувати пацієнтів з БА до регулярної фізичної активності через загальний сприятливий її вплив на здоров'я. Роз'яснити тактику надання допомоги при бронхоспазмі, зумовленому фізичним навантаженням;

– **професійна БА:** у всіх пацієнтів, у яких БА дебютувала в дорослому віці, ретельно збирати професійний анамнез. Якомога раніше виявити та усунути професійні сенсibilізатори. За можливості, направити пацієнта до відповідного спеціаліста;

– **нестероїдні протизапальні препарати, у тому числі аспірин:** перш ніж призначити, завжди запитувати про наявність БА.

– **Елімінація алергенів не рекомендована** як загальна стратегія ведення пацієнтів з БА. У дорослих, хворих на алергічну БА, не підтверджено ефективності методів зменшення контакту з побутовими алергенами. Пацієнтам, які мають гіперчутливість до пилку рослин, можна рекомендувати залишатися вдома та уникати провітрювання приміщень в періоди, коли концентрація пилку в атмосферному повітрі є найвищою.

Деяких поширених провокуючих чинників виникнення симптомів БА (фізичні вправи, сміх) не слід уникати, тоді як інших (вірусні респіраторні інфекції, стрес) складно уникнути. В таких випадках проводиться лікування відповідно до ситуації.

– **Методики контрольованого дихання** можуть бути корисним доповненням до фармакотерапії.

– **Рекомендовано використання дієти**, збагаченої овочами і фруктами, а при ожирінні - застосовувати методи зниження маси тіла.

– **При підвищеній емоційності**, яка утруднює лікування БА допомогти у виборі відповідної тактики (методики релаксації, контрольованого дихання, психологічна підтримка). Пацієнтів із симптомами тривоги/депресії слід направити до психолога чи психіатра.

– Пацієнтам з БА, особливо з тяжкою чи середньої тяжкості, рекомендовано щорічні профілактичні щеплення проти грипу.

Висновок: Формування навички відповідати на можливі запитання пацієнта у ході ведення його сімейним лікарем є важливим завданням викладання дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина». Було розглянуто дану проблему на прикладі викладання теми «Ведення бронхіальної астми у практиці сімейного лікаря».

Боцюк Н.Є.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ- СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ РІВНІ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Вступ. Епідеміологічна ситуація в світі змусила суспільство перевести освіту у віртуальну сферу. Віддалене навчання стало справжньою проблемою для багатьох викладачів, студентів та адміністративного персоналу. Попри вимоги забезпечення технічних умов, належало вирішити проблему якості контакту зі студентами, докласти більше зусиль і часу, необхідних для дистанційного навчання.

Однак, соціальна взаємодія має вирішальне значення для якісної підготовки лікаря загальної практики, тому що це не тільки передача знань, а й пов'язана з ними ціла низка компетентностей. Без живого спілкування з пацієнтами та колегами у студентів буде менше

досвіду, і цей недолік нічим не компенсувати. Чи буде це ефективним? Які будуть результати? Ці питання поки залишаються відкритими.

Після пандемії світ буде іншим, в тому числі і з точки зору освіти. Якщо інтенсивність контактів зі студентами повернеться на повсякденну основу, то отриманий досвід роботи на платформі віддаленого навчання стане повсякденною нормою життя академічної освіти. Очевидно, що після закінчення пандемії багато методів, які використовуються в даний час, зможуть використовуватися для подальшого навчання.

Мета. Оцінити дієвість сучасних інтерактивних методів навчання в процесі викладання загальної практики - сімейної медицини студентам на додипломному рівні в умовах пандемії.

Матеріали і методи дослідження. За сучасних обставин в університетах розглядаються питання різних форм навчання, зокрема:

– заняття в аудиторії (студенти проходять традиційні заняття в аудиторіях з дотриманням санітарного режиму)

– синхронне онлайн-заняття, (заняття проводиться у віддаленому форматі наживо, і студенти безпосередньо взаємодіють з викладачем та іншими студентами)

– онлайн-асинхронні заняття (студенти займаються дистанційно, опрацьовуючи завдання, котрі попередньо підготовлені викладачем, і це дозволяє працювати в будь-якому місці і в будь-який час)

– гібридне навчання (всі студенти з даної групи в рамках одного предмета беруть участь як в заняттях в класі, так і в заняттях, що проводяться дистанційно за узгодженим графіком (вказана кількість годин проводиться в приміщенні, а решта – віддалено))

– заняття HyFlex. (студенти обирають, в який спосіб брати участь в занятті, під час одних і тих же занять вони можуть працювати як віддалено, так і в аудиторії (під час одного заняття деякі студенти з однієї групи знаходяться на заняттях, а деякі – віддалено).

Оптимізація методики проведення практичного синхронного онлайн-заняття на кафедрі первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини передбачає наближення практичного тренінгу до життєвих реалій, з якими зустрінеться сімейний лікар. Використання викладачами інноваційних технологій

в умовах пандемії сприяє подоланню стереотипів у викладанні сімейної медицини, виробленню нових підходів до вирішення професійних ситуацій. На нашу думку, сучасна підготовка лікаря вимагає рішучого переходу від інформаційно-пояснювального навчання до інноваційно-дієвого, що забезпечить вільну пошукову діяльність студента та опанування практичних навичок [3]. Навчання сімейного лікаря за сучасних обставин має залишатися практично – орієнтованим та відбуватися у постійній активній взаємодії із викладачем і колегами, тобто це удосконалена методика «навчання у співпраці». Викладач виступає як безпосередній керівник, так і як загальний організатор і консультант. Йому належить не лише донести інформацію згідно з навчальним планом, а й підібрати методику ведення заняття, котра найбільш оптимально забезпечить розвиток професійних якостей майбутнього фахівця. Опираючись на власний досвід, можна виділити декілька інноваційних методів навчання студентів, зокрема, це проблемна технологія, технології колективної і групової діяльності, аналіз конкретних ситуацій, навчання у співпраці та ін.

При проведенні семінарських і практичних занять ми обрали технологію аналізу ситуації. Студенти повинні досліджувати модель клінічного випадку, розібратися в суті проблем, запропонувати можливі рішення і вибрати найкраще з них. Це один з найбільш ефективних і поширених методів організації активної пізнавальної діяльності студентів, котрий розвиває здатність до аналізу життєвих і професійних завдань. Впродовж заняття, працюючи над умовною клінічною ситуацією, студент повинен навчитись оперативно визначати, чи є в ній проблема, в чому її суть, проявити своє ставлення до неї, запропонувати варіанти вирішення проблеми, винести свої роздуми на загальне обговорення. У процесі підготовки до виступу у них з'являється мотив до активного пошуку, виробляється звичка роботи з отриманою інформацією. Для відпрацювання навичок співпраці використовували об'єднання студентів в малі групи по 2-3 особи. Поставлена викладачем проблема – це клінічний випадок в практиці сімейного лікаря - ставиться центр уваги кожної малої групи. У завдання входило підготувати умову

клінічної ситуації, максимально наближеної до отриманого завдання («умовного діагнозу» за темою заняття)[4].

З метою розвитку критичного мислення нами було використано основні принципи методу «шести капелюхів мислення», запропонованого Едвардом де Боно. Це простий і практичний спосіб розділення процесу мислення на шість різних режимів, кожен з яких представлений метафоричним капелюхом певного кольору. Надалі в процесі обговорення і прийняття рішення беруть участь ще чотири групи студентів, кожна з яких по чергово має свою конкретну метафоричну роль. Студенти методом випадкового вибору обирають капелюх мислення і діють згідно із завданням. Послідовність обговорення клінічних випадків та розподіл ролевих виступів визначає викладач [5].

Отже, кожна ситуація обговорюється за однаковою схемою. Викладач називає «умовний діагноз» за темою заняття. Група із метафоричним білим капелюхом мислення (нейтралітет і об'єктивність) подає стандартну інформацію про клінічну ситуацію: факти і цифри та фокусує увагу на чітких критеріях ранньої діагностики та лікування хворого в амбулаторних умовах відповідно до сучасних стандартів. Акцентується увага на тому, яку ще інформацію необхідно отримати і як це зробити на різних рівнях надання медичної допомоги. Також озвучується програма профілактики, диспансеризації та реабілітації хворого.

У подальшому – активний «мозковий штурм», коли долучаються всі студенти, зокрема кожна група озвучує свої думки згідно з правилами. Всі студенти повинні чітко дотримуватися обраної ролі. Група «Жовтого капелюха» (всі позитивні аспекти), що є символічним відображення оптимізму, виступає з позицій логічного позитиву. Для студентів важливо висвітлити та опрацювати оптимістичну сторону прогнозу ситуації, спробувати виявити приховані позитивні ресурси. «Чорний капелюх» – протилежність жовтого (всі негативні аспекти). Завдання групи - критично оцінити ситуацію, звернути увагу на можливі ризики і таємні загрози в даному випадку, на істотні та уявні недоліки, застерегти від непродуманих дій. Оскільки «Червоний капелюх» — капелюх емоцій, почуттів та інтуїції, то відповідна група висловлює всі свої інтуїтивні здогадки

щодо ситуації, не вдаючись у пояснення. «Зелений капелюх» - капелюх творчості та креативності, пошуку альтернатив і внесення змін. Для групи - це зосередження на творчому підході, альтернативних рішеннях, можливість висловити нові ідеї та концепції. Студенти генерують ідеї, модифікують вже існуючі, шукають альтернативу та досліджують можливості. «Синій капелюх» - шостий капелюх мислення. Він призначений для викладача, котрий управляє процесом реалізації ідей та роботою над вирішенням завдань, підводить підсумки з усього сказаного. Викладач є носієм не лише теоретичних знань і багатого практичного досвіду роботи на первинній ланці, а ще й джерелом клінічного мислення і лікарської мудрості. Надалі в такий спосіб розглядають решта ситуацій. Всі студенти малих груп по чергово обмінюються ролями та пропонують свої ідеї щодо вирішення окресленої проблеми з різних позицій мислення. На завершення всі можуть взяти участь в обговоренні розіграної ситуації і поділитися своїми думками.

На наше переконання, робота в групах з аналізу ситуації вчить студентів брати участь у загальних дискусіях, конструктивно висловлювати та захищати свою позицію. Запроваджена нами оптимізована технологія аналізу ситуацій дозволяє розвивати аналітичні здібності і критичне мислення, поєднувати теоретичні знання з практикою, вдосконалити навички розв'язання комплексних завдань. У такий спосіб у майбутніх сімейних лікарів формується оптимальне рішення з урахуванням економічної ефективності, доцільності та варіантів координації медичної допомоги, що має важливе значення для практичної діяльності.

Висновок. В умовах пандемії COVID-19 інтерактивні методи навчання дозволяють виробити у майбутніх фахівців з сімейної медицини навички конструктивного співробітництва, стимулювати пізнавальну активність студентів, вдосконалити навички розв'язання комплексних завдань.

Література.

1. Вороненко Ю.В. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, В.І. Ткаченко [та ін.] // Український медичний часопис. – 2014. – №3. – С.101-103.
2. Матюха Л.Ф. Становлення нової моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні – не

- данина моді, а об'єктивна реальність / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, В.А. Одринський [та ін.] // Сімейна медицина. – 2013. – №4 (48). – С. 157-158.
3. Успіхи і проблеми викладання сімейної медицини на додипломному етапі: досвід Тернопільського державного медичного університету / Л.С. Бабінець, І.О. Боровик, Н.Є. Боцюк [та співавт.] // Сімейна медицина. — 2013. — №4. — С. 28–31.
 4. Михайловська Н.П. Особливості реалізації “наскрізної програми” підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на додипломному етапі / Н.П. Михайловська // Буковинський медичний вісник. – 2014. – Том 18, №1 (69). – С. 188-191.
 5. Вершинін Є. Техніки креативності. Метод шести капелюхів. <https://www.ar25.org/article/tehniky-kreatyvnosti-metod-shesty-kapelyuhiv.html>

Бабінець Л.С. Хомин Г.О.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України**

ПОНЯТТЯ КОМОРБІДНОСТІ ПРИ ВИКЛАДАННІ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ (НА ПРИКЛАДІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С)

Вступ. Проблема хронічного панкреатиту (ХП) є актуальною у сучасній світовій медицині. Значно зросла поширеність патології травної системи за останні роки і в Україні. Так, поширеність хронічного гепатиту (ХГ) з 2008 по 2012 рр. збільшилась у 2,2 рази, захворюваність на патологію підшлункової залози (ПЗ) – у 3,2 рази. За даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2006-2013 рр., показники госпіталізації при хронічному перебігу ХП зросли на 30,2%. При цьому у переважній частині пацієнтів гастроентерологічних клінік діагностують декілька захворювань, і одним із найчастіших захворювань, які перебігають у поєднанні із ХГ і цирозом печінки, є ХП [1]. При поєднаному ураженні печінки та ПЗ прогноз для одужання рідко сприятливий, оскільки тактика лікування особливо ускладнюється [2]. Несприятливі умови, що склались в останні десятиліття, а саме епідемія вірусних гепатитів, зростання споживання алкоголю, поширення ожиріння та метаболічного

синдрому, а відтак і неалкогольної жирової хвороби печінки обумовлюють подальше зростання кількості пацієнтів із термінальними захворюваннями печінки, пік яких, за даними епідеміологічного аналізу, припадає на 2010-2020 роки [3].

За останні роки збільшилась увага до інфекційного агента, який може спричинити розвиток запального процесу в ПЗ [1]. Гепатити, пов'язані з інфекцією вірусного гепатиту С (ВГС), є прогресуючою хворобою, яка може призвести до хронічного активного гепатиту, цирозу та гепатоцелюлярної карциноми. Хронічний гепатит С (ХГС) тривалий час перебігає за типом персистуючого з мінімально вираженими клінічними і біохімічними ознаками активності процесу, що є причиною пізньої діагностики [4]. Морфологічні зміни у печінці при ХГС нерідко не відповідають клініко-біохімічним, і навіть цироз печінки може перебігати безсимптомно. Найчастіше від моменту зараження до появи перших ознак інфекції проходить тривалий латентний період. Встановлено низку факторів, які чинять негативний вплив на природний перебіг ХГС: вік більше 40 років до моменту інфікування, чоловіча стать, раса (не європеїдна), зловживання алкоголем, ожиріння, порушення обміну заліза, метаболічний синдром [5].

За оцінками експертів, близько 160 млн осіб, тобто 2,35% населення світу, хронічно інфіковані ВГС. Крім того, печінкова недостатність як наслідок інфікування ВГС є однією з найпоширеніших причин трансплантації печінки [5]. У більшості позапечінкові прояви хронічної інфекції ВГС є імунологічними; однак вірус може мати пряму цитопатичну дію, тому що може інфікувати багато інших тканин, крім печінки [2]. У багатьох пацієнтів із хронічним ВГС розвивається цукровий діабет 2 типу. Ця поширеність набагато вища, ніж у загальній популяції та у пацієнтів з іншими хронічними захворюваннями печінки, такими як вірус гепатиту В, алкогільне захворювання печінки та первинний біліарний цироз [2]. Можлива біологічна причина зв'язку між ВГС і раком ПЗ. Відомо, що пацієнти з діагнозом гострого гепатиту С страждають також гострим панкреатитом. Крім того, рівень ферментів ПЗ в сироватці збільшується з прогресуванням захворювання печінки у пацієнтів з діагнозом вірусного гепатиту [6]. Значне поширення HCV-інфекції

серед населення, висока частота хронізації захворювання з формуванням цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми, а також різноманіття позапечінкових проявів обумовлюють актуальність проблеми ХГС [7]. У той же час недостатність розробки питань первинної та вторинної профілактики ХП мотивує до глибшого вивчення механізму його розвитку на тлі ХГС, а також до розробки нових підходів до профілактики, лікування та реабілітації.

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту у хворих із супутнім вірусним гепатитом С.

Матеріали і методи. Обстежено 57 хворих ХП із супутнім ВГС (І група), які перебували на диспансерному обліку в центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернопіль та в гастроентерологічному відділенні НКР «ТМКЛ №2». Групу порівняння склали 20 хворих ХП (ІІ група). Джерелом інформації слугували «Медичні карти амбулаторного хворого» (ф. 025/о) і «Медичні карти стаціонарного хворого» (ф. 003/о) досліджуваних пацієнтів. Для встановлення клінічного діагнозу ХП та ВГС всі хворі були обстежені згідно із протоколами (накази МОЗ України №638 від 10.09.2014 р. та №729 від 18.07.2016 р.). Середній вік усіх хворих становив $(53,5 \pm 22,5)$ років. Переважали пацієнти працездатного віку. Діагноз ХП та ВГС верифікували на підставі даних анамнезу захворювання, клінічних проявів і результатів лабораторно-інструментальних досліджень. Загальноклінічні і біохімічні обстеження проводили хворим ХП у фазі загострення та нестійкої ремісії, хворим ВГС – у фазі стійкої ремісії (рівень АЛТ нормальний). Було проаналізовано результати копрологічного дослідження у двох групах. Кожна патологічна ознака копро грами оцінювалась як один 1 бал, вважаючи за норму добову кількість калу – 120-200 г, форма - ковбасоподібна, консистенція – однорідна, колір – коричневий, неперетравлені залишки їжі – нема, слиз – нема, кров – нема, гній – нема, нормальна йодофільна мікрофлора – невелике число, паразити і найпростіші – нема, рН – 6,-8,0, м'язові волокна – поодинокі, нейтральний жир – нема, жирні кислоти – поодинокі, крохмаль і мила – незначна кількість, перетравлена клітковина – поодинокі, оксалати – нема, стеркобілін – у невеликій кількості, білірубін – нема). Для інтерпретації результатів УЗД ПЗ у балах використовували критерії візуалізації за

Марсельсько-Кембріджською класифікацією ХП. Отримані дані були статистично опрацьовані за допомогою програми «Microsoft Excel». Обчислювалися середні арифметичні величини (М) із середніми квадратичними відхиленнями (m). Для перевірки статистичних гіпотез застосовували параметричні та непараметричні методи. При параметричному розподілі використовували t-критерій Стюдента, при непараметричному - U-критерій Манна-Уїтні. При перевірці статистичних гіпотез нульову гіпотезу відкидали при рівні статистичної значимості $p < 0,05$.

Результати. У клінічному перебігу ХП із супутнім ВГС провідне місце займали больовий, диспепсичний синдроми і порушення випорожнення. Вони були більш значимо виражені, ніж у групі хворих на ізольований ХП (дані у табл. 1).

Таблиця 1

Основні гастроентерологічні синдроми у групах хворих ХП в залежності від наявності супутнього ВГС (М±m)

| Клінічний синдром і симптом | I група (хворі ХП із супутнім ВГС) n=57 | II група (хворі ХП) n=20 |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| Больовий синдром | 100,0% * | 80,0% |
| Диспепсичний синдром | 87,5% * | 70,0% |
| Порушення випорожнення | 89,4% * | 65,0% |
| Закреп | 33,3% * | 25,0% |
| Пронос | 26,8% * | 15,0% |
| Чергування закрепів і проносів | 45,6% * | 45,0% |

Примітка: *вірогідна відмінність показників I групи стосовно показників II групи ($p < 0,05$)

У хворих ХП із супутнім ВГС виявили анемію легкого ступеня, зниження рівня альбуміну у крові, гіпербілірубінемію, гіперхолестеринемію, підвищення рівня ферментів АЛТ та АСТ, підвищення рівній амілази крові та діастази сечі (дані у табл. 2).

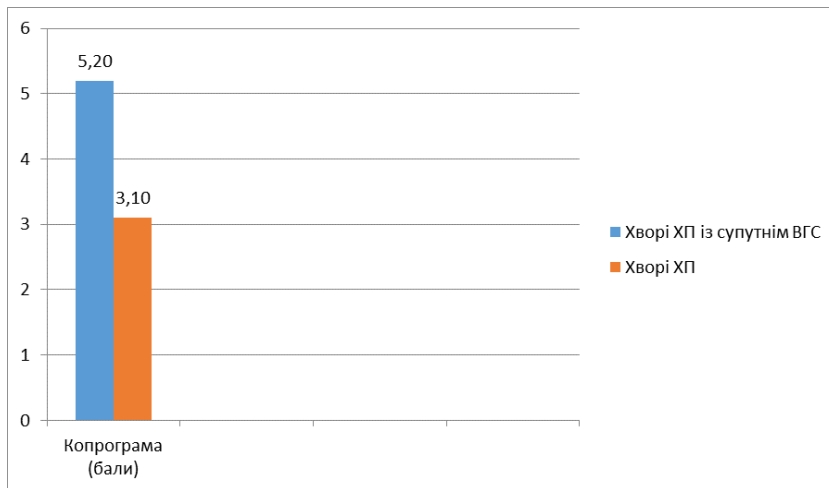
Зміни показників крові свідчать про наявність порушень різних ланок обміну речовин у хворих ХП із супутнім ВГС, які були достовірно більш значимими, ніж у II групі, що засвідчило ускладнювальну роль супутнього ВГС на лабораторні параметри хворих з ХП.

Таблиця 2

**Основні загальноклінічні і біохімічні показники крові хворих у
групах порівняння (M±m)**

| Лабораторний показник | I група (хворі ХП із супутнім ВГС) n=57 | II група (хворі ХП) n=20 |
|--|--|---|
| Еритроцити, $\times 10^{12}$ л-1 ж. | 4,02±0,33* | 4,48±0,11 |
| Гемоглобін, г/л ж. | 117,0±10,04* | 132,0±9,48 |
| Еритроцити, $\times 10^{12}$ л-1 ч. | 4,4±0,2* | 4,58±0,13 |
| Гемоглобін, г/л ч. | 140,0±7,6* | 154,0±9,43 |
| Лейкоцити, $\times 10^9$ /л | 5,34±1,13* | 5,27±1,06 |
| ШОЕ, мм/год | 9,0±5,59* | 8,0±5,47 |
| Загальний білірубін, мкмоль/л | 29,64±11,28* | 15,83±3,76 |
| Загальний білок, г/л | 58,02±6,67* | 82,6±3,54 |
| Загальний холестерин, ммоль/л | 5,52±0,83* | 4,4±0,56 |
| АЛТ, ммоль/л | 1,36±0,51* | 0,47±0,14 |
| АСТ, ммоль/л | 0,66±0,14* | 0,26±0,11 |
| Амілаза крові, мг/(годхмл) | 38,97±9,08* | 26,73±3,83 |
| Діастаза сечі, мг/(годхмл) | 168,6±97,34* | 98,96±58,12 |
| Примітка: *вірогідна відмінність показників I групи стосовно таких II групи (p<0,05) | | |

Наступним етапом стала порівняльна бальна оцінка сумарного балу копрограми і структурних змін ПЗ за даними УЗД. У хворих ХП із супутнім ВГС сумарний рівень копрограми склав (5,20±0,82) балів, а в хворих ХП – (3,10±0,32) балів, що довело глибший рівень копрологічних змін при коморбідності ХП і ВГС (рис.1). У двох досліджуваних групах переважала стеаторея II типу.

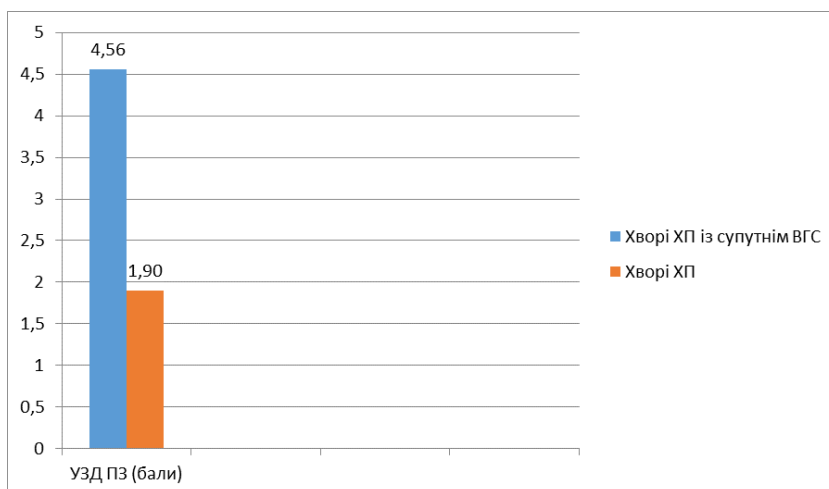


Вірогідна відмінність показників групи дослідження стосовно групи порівняння ($p < 0,05$)

Рисунок 1. Сумарний рівень копрограми в балах у групах порівняння

При аналізі копрограм хворих на ХП із супутнім ВГС у порівнянні із групою ізольованого ХП було відмічено більш значно виражені патологічні зміни, що довело негативний вплив ВГС на клінічний перебіг ХП. Це було констатовано на основі виявлення значно гірших рівнів показників, більш вираженого запального синдрому і ознак дисбіозу, що й засвідчило вищий рівень порушення зовнішньо секреторної функції ПЗ при коморбідності ХП і ВГС.

Аналіз показників УЗД ПЗ у балах у хворих груп дослідження показав, що глибина структурних змін ПЗ у групі хворих ХП із супутнім ВГС становила ($4,56 \pm 0,55$) балів, що відповідало процесу середнього ступеня тяжкості. У групі пацієнтів з ХП без ВГС ступінь ураження склав ($1,90 \pm 0,30$) балів (рис.2).



Вірогідна відмінність показників групи дослідження стосовно групи порівняння ($p < 0,05$)

Рисунок 2. Сумарний показник УЗД ПЗ в балах у групах порівняння

Порівняння цих параметрів ($p < 0,05$) дозволило констатувати достовірно більш глибокі структурні зміни у ПЗ (за даними УЗД) хворих із супутнім ВГС.

Таким чином, вищенаведене довело ускладнювальну роль наявності ВГС у фазі ремісії на клінічний перебіг ХП і лабораторно-інструментальні параметри у пацієнтів із таким коморбідним поєднанням.

Висновок: Порівняльний аналіз клініко-лабораторно-інструментальних ознак хворих на ХП в залежності від наявності ВГС виявив наступні ознаки такої коморбідності: більшу вираженість больового і диспепсичного синдромів, поглиблення лабораторних проявів у вигляді анемії легкого ступеня, зниження рівня альбуміну у крові, гіпербілірубінемії, гіперхолестеринемії, підвищення рівня ферментів АЛТ та АСТ, підвищення рівнів амілази крові та діастази сечі, збільшення сумарного бального рівня копрограми (ознаки більш вираженого запального синдрому і дисбіозу товстої кишки), що й засвідчило вищий рівень порушення зовнішньосекреторної функції ПЗ, а також збільшення сумарного балу УЗ-змін підшлункової залози до рівня середнього ступеня тяжкості за Марсельсько-Кембріджською класифікацією.

У перспективі дослідження планується поглибити вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу ХП у поєднанні із ВГС.

Література

1. Пасиешвили Л.М., Заздравнов А.А. Роль вирусной инфекции в поражении поджелудочной железы у больных ишемической болезнью сердца // *Врачебная практика.* – 2001. - №4. – С. 43-45.
2. Губергриц Н. Б. Современные возможности лечения сочетания хронического гепатита и хронического панкреатита токсической этиологии // *Участковый врач.* – 2015. - №6. – С. 23-25.
3. Решетиллов Ю.И., Токаренко А.И., Дмитриева С.Н., Кузнецова Л.Ф., Сурмило Н.Н., Проценко Н.Н., Клавдиева Е.Ю., Кремзер А.А. Инфекции и их место среди других причин возникновения панкреатита // *Сучасна гастроентерологія.* – 2012. - №2(8). - С. 24-29.
4. Гаврилюк А. О. Наслідки хронічних вірусних гепатитів В, С та В+С / А.О. Гаврилюк // *Клінічна та експериментальна патологія.* – 2015. Т XIV, №4, - С. 203-208.
5. Лапасов С. Х. Диагностика, лечение и профилактика хронического гепатита С в условиях первичного звена медицинской помощи (обзор

литературы) // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. - №2 (30). – С. 13-21.

6. El-Serag H., Engels E. A., Landgren O., Chiao E., Henderson L., Amaratunge H. C., Giordano T. P. Risk of Hepatobiliary and Pancreatic Cancers Following Hepatitis C Virus Infection. *Hepatology*. 2009. №49(1). P. 116–123. DOI: [10.1002/hep.22606].
7. Машко О.П. Взаємозв'язки імунологічних та клініко-морфологічних показників у хворих на хронічний гепатит С залежно від наявності змішаної криоглобулінемії / Машко О.П., Рябоконт О.В., Онищенко Т.Є., Фурик О.О // Актуальна інфектологія. – 2016. - №2 (11). – С. 171 – 175.

References

1. Pasiashvili, L.M., Zazdravnov, A.A. (2001). Rol' virusnoy infektsii v porazhenii podzheludochnoy zhelezy u bol'nykh ishemicheskoy bolezni serdtsa [The role of viral infection in pancreatic lesions in patients with coronary heart disease]. *Vrachebnaya praktika - Medical practice*, 4, 43-45. Kharkiv [in Ukrainian].
2. Gubergrits, N.B. (2015). Sovremennyye vozmozhnosti lecheniya sochetaniya khronicheskogo gepatita i khronicheskogo pankreatita toksicheskoy etiologii [Modern possibilities of treatment of a combination of chronic hepatitis and chronic pancreatitis of toxic etiology]. *Uchastkovyy vrach - District doctor*, 6, 23-25. Kiev [in Russian].
3. Reshetilov, Yu.I., Tokarenko, A.I., Dmitrieva, S.N., Kuznetsova, L.F., Surmilo, N.N., Protsenko, N.N., Klavdieva, E.Yu., Kremzer, A.A. (2002). Infektsii i ikh mesto sredi drugikh prichin vzniknoveniya pankreatita [Infections and their place among other causes of pancreatitis]. *Suchasna gastroenterologiya - Modern gastroenterology*, 2(8), 24-29. Kharkiv [in Russian].
4. Gavrilyuk, A.O. (2015). Naslidky khronichnykh virusnykh hepatytiv B, C ta B+C [Consequences of chronic viral hepatitis B, C and B + C]. *Klinichna ta eksperymental'na patolohiya - Clinical and Experimental Pathology*, 4, 203-208. Chernivtsi [in Ukrainian].
5. Lapasov, S.Kh. (2017). Diagnostika, lecheniye i profilaktika khronicheskogo gepatita S v usloviyakh pervichnogo zvena meditsinskoy pomoshchi (obzor literatury) [Diagnosis, treatment and prevention of chronic hepatitis C in primary care (literature review)]. *Zdobutky klinichnoyi i eksperymental'noyi medytsyny - Achievements of clinical and experimental medicine*, 2(30), 13-21. Ternopil [in Russian].
6. El-Serag H., Engels E. A., Landgren O., Chiao E., Henderson L., Amaratunge H. C., Giordano T. P. Risk of Hepatobiliary and Pancreatic Cancers Following Hepatitis C Virus Infection. *Hepatology*. 2009. №49(1). P. 116–123. DOI: [10.1002/hep.22606].
7. Mashko, O.P. (2016). Vzayemozv'yazky imunolohichnykh ta kliniko-morfolohichnykh pokaznykiv u khvorykh na khronichnyy hepatyt S zalezho

vid nayavnosti zmishanoyi kriohlobulinemiyi [Interconnection of immunological and clinical morphological parameters in patients with chronic hepatitis C depending on the presence of mixed cryoglobulinemia]. Aktual'naya ynfektolohyya - Actual infectology, 2 (11), 171 – 175. Lugansk [in Ukrainian].

Миколенко А.З., Боднар Я.Я., Головата Т.К., Дацко Т.В.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОЇ ОЛІМПІАДИ З ПАТОМОРФОЛОГІЇ В ПОГЛИБЛЕННІ ЗНАНЬ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Вступ. Розвиток вищої медичної освіти в Україні, який спрямовано на підготовку висококваліфікованого лікаря у відповідності до сучасного рівня медичної науки й вимог суспільства ґрунтується на введенні якісно нової методології організації навчального процесу за європейським зразком [1]. Процес формування професійно-якісних пріоритетів у студентів, особливо медичного профілю слід розглядати як багатогранний, мультифакторний, динамічний, мінливий, який тісно пов'язаний із базовими дисциплінами та можливою профорієнтацією студента у майбутньому [2]. Нагальним стає завдання навчити студентів самостійно вчитися, мислити, діяти, приймати рішення в різних професійних ситуаціях. Для досягнення цих цілей у студентів має бути мотивація до навчання. Медична освіта не може бути неякісною, оскільки стосується людського життя, тому проблема професіоналізму в сучасній медицині лишається актуальною, а підготовка майбутнього спеціаліста включає здобування теоретичних знань та оволодіння практичними навичками ще на додипломному етапі навчання [3]. За цих умов зростає популярність форм індивідуальної роботи з освіченими вмотивованими студентами шляхом їх залучення до студентського наукового товариства, конкурсів студентських наукових робіт та олімпіад з дисциплін, що вивчаються. Олімпіада – це серйозна школа творчих змагань інтелекту, що надає студентам можливості перевірити свої знання та

вміння, продемонструвати прагнення до наукового пізнання, клінічного мислення, оцінити якість різних методик навчання[4]. До того ж олімпіада містить у собі елементи не лише навчального, але й дослідницького характеру, що мотивує студентів до вивчення додаткових матеріалів, не охоплених навчальною програмою.

Мета нашої роботи – проаналізувати загальні принципи і основні аспекти організації та проведення I та II етапів Всеукраїнської студентської олімпіади з професійно-орієнтованої дисципліни «Патоморфологія» у медичних вищих навчальних закладах (ВНЗ) III-IV рівня акредитації та їх реалізацію протягом 3 років на кафедрі патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною ТНМУ імені І.Я. Горбачевського.

Основна частина. Олімпіади в системі вищої медичної освіти проводяться щорічно й складаються, за звичай, з двох турів. I тур проходить безпосередньо у кожному з медичних ВНЗ. За його результатами визначаються переможці, які мають змогу взяти участь у II турі олімпіади, який проводиться на базі одного з провідних медичних університетів. Олімпіади надають можливість кращим представникам студентства перевірити, чого варті їх знання у чесному поєдинку з гідним супротивником. Високим моральним зиском олімпіад є прагнення учасників до лідерства як стимул підвищувати свій професійний рівень. Протягом 3 років (з 2017 по 2019 рр) кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною в ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» проводила II етап Всеукраїнської студентської олімпіади з професійно-орієнтованої дисципліни «Патоморфологія».

Кожного навчального року студентам третього та четвертого курсів медичного факультету з середнім балом поточної успішності 4,8-5,0 пропонувалося взяти участь у I турі Всеукраїнської студентської олімпіади з патоморфології. Завдання I туру мали комплексний характер та включали комп'ютерні тести типу Крок-1 для оцінювання теоретичних знань, багатоступеневі ситуаційні задачі для аналізу володіння практичними навичками діагностики мікроскопічних та макроскопічних проявів патологічних процесів і хвороб і виконувалися за умов ліміту часу. Цей етап відбувається не

пізніше, ніж за місяць до II туру. Лідери, що визначилися, починали підготовку до наступного туру змагань за індивідуальними програмами та за консультативної підтримки викладачів кафедри.

Проведення олімпіад з патоморфології на високому організаційному рівні вимагає досить серйозної підготовки. На кафедрі патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною під час методичного й організаційного забезпечення олімпіади викладачі керуються такими вимогами, як: відкритість і доступність, рівність учасників, рівноцінність конкурсних завдань і якість оцінювання, наявність в учасників достатнього набору знань, умінь і практичних навичок. Крім того, досить важливим є включення до програми олімпіади оригінальних номінацій (формулювання морфологічного діагнозу використовуючи основи розвитку хвороб і патологічних процесів на органному, тканинному, клітинному і субклітинному рівнях), які розкривають креативне клінічне мислення учасника та надають можливість засвоїти механізми ініціації структурних змін, обґрунтувати на молекулярному рівні клінічну симптоматику захворювань. Важливим та цікавим етапом проведення олімпіади з патоморфології є вирішення ситуаційних задач (клінічних випадків із практики) підвищеної складності, що дає можливість студенту проявити знання із суміжних дисциплін, виділити етіологічні чинники виникнення захворювання, провести диференційну діагностику[5].

У період з 2017 по 2019 навчальні роки у II етапі Всеукраїнської студентської олімпіади з професійно-орієнтованої дисципліни «Патоморфологія», яка проходила на базі кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною щорічно брало участь 4-5 студентів-переможців I етапу з нашого університету та по кілька представників студентства з багатьох медичних ВНЗ України. Змагання відбувалося у 5 етапів. Одним із завдань проведення олімпіади була якісна й об'єктивна оцінка вирішених учасниками завдань. Перевіркою та оцінюванням знань займалося журі, в обов'язки якого входили наступні функції: перевірка та оцінювання завдань, визначення переможців та оголошення результатів, підготовка відповідної документації, розгляд апеляційних справ та нагородження переможців. Журі, яке було представлено

високоповажними патоморфологами з різних медичних вишів України, оцінювало теоретичні знання учасників олімпіади з усіх розділів навчальної дисципліни шляхом тестування, володіння практичними навичками діагностики макроскопічних і мікроскопічних проявів патологічних процесів та хвороб. Відбувався також конкурс «Клініко-патологоанатомічні паралелі» на вміння проводити клініко-морфологічний аналіз на основі причинно-наслідкових співвідношень. Для цього ми відбирали і адаптували клінічні випадки, які найбільш широко і актуально висвітлювали відповідну патологію. До обраного клінічного випадку будувалося завдання: проблемні запитання, які залучали аналітичні та синтетичні здібності мислення і найширше висвітлювали теоретичну базу захворювань та станів, згаданих у даному випадку. Останнім був конкурс «Ерудит» на знання внеску видатних вчених у розвиток патологоанатомічної науки.

Впроваджені методи контролю дали нам можливість розв'язати наступні завдання:

- виявити обсяг знань студентів у пізнавальній діяльності відповідно до категорій навчальних цілей (наприклад, знання, розуміння, застосування, аналіз, синтез, оцінка);
- виявити орієнтації студентів в активізації знань;
- встановити причини певного рівня навченості студентів.

Отже, завдяки студентським олімпіадам принцип конкурентності в молодіжному середовищі переноситься в сферу накопичення знань та професійних навичок, а поширена в Україні ступенева система предметних олімпіад відкриває достатній простір для самовдосконалення, інтелектуальної боротьби та відбору переможців.

Висновки. Олімпіада – це співпраця вузів і науковців, пошук найоптимальнішим шляхом як підвищення рівня навченості, так і вирішення наукових проблем конкретної галузі медицини, зокрема патоморфології. Це стосується не лише організації, а й самого змісту: під час олімпіади на обговорення присутніх виносять цікаві актуальні питання з медичної практики, рішення щодо яких приймається колегіально. До того ж олімпіада містить у собі елементи не лише навчального, але й дослідницького характеру. Крім виявлення талановитих студентів і формування в них інтересу до наукової

роботи з обраної спеціальності, олімпіада розвиває у студентів креативні здібності, формує активну життєву позицію. Саме тому стимуляція, керування та підвищення мотиваційних складових беззаперечно будуть сприяти не тільки успішному оволодінню студентом навчальною програмою, але й формуванню стійкої спрямованості щодо набуття знань, практичних навичок та досвіду.

Література

1. Чайковський Ю.Б. Додипломна вища медична освіта в Україні: що можна змінити вже сьогодні? / Ю.Б. Чайковський Л.І. Хламанова // Медична освіта. – 2015. – №1. – С. 125-127.
2. Давиденко І.С. «Патологія», «Патоморфологія» чи «Патологічна анатомія»? – одне з питань формування світогляду майбутніх лікарів за умов кредитно-модульної системи організації навчального процесу в Україні / І.С. Давиденко // Матеріали X ювілейної Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Кредитно-модульна система організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України на новому етапі», 18–19 квітня, 2013, Тернопіль. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – Ч. 2. – С. 97–99.
3. Медична освіта в сучасному світі. Перспективи інноваційних підходів до освітніх процесів в медицині [Електронний ресурс] / О. Січкоріз, Г. Литвин, Т. Колач [та ін.]. – Режим доступу: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1796>
4. Шляхи покращення засвоєння студентами практичних навичок з патологічної анатомії, секційного курсу і судової медицини / Миколенко А.З., Боднар Я.Я. // Матеріали міжнародної науково-практичної конф.: Сучасні наукові дослідження та розробки: теоретична цінність та практичні результати, 15-18 березня.2016., м. Братіслава, Словаччина 2016 р., С 93-94.
5. Впровадження інноваційних технологій та перспективи розвитку кафедри патологічної анатомії в умовах модернізації та реформування вищої медичної освіти / Я.Я. Боднар, А.З. Миколенко, В.Д. Волошин, Т.К. Головата, Т.В. Дацко // Медична освіта. – 2012. – №1. – С. 155-157.

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ТЕМАТИКИ ЩОДО
ПІДБОРУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ
АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ
(У ПИТАННЯХ І ВІДПОВІДЯХ)**

Вступ. Вперше виявлена артеріальна гіпертензія (АГ) у пацієнта вимагає ретельного обстеження його і призначення ефективного комплексного лікування.

Основна частина. Розглянемо найбільш актуальні запитання щодо ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією у практиці первинної медичної допомоги, які необхідно розглянути на семінарському занятті із студентами 6 курсу при вивченні дисципліни «загальна практика-сімейна медицина».

Як сімейний лікар підбирає лікування пацієнту з вперше виявленою артеріальною гіпертензією?

Найкраще цей процес розглянути на клінічному прикладі. Пацієнт С., 43 роки, бізнесмен за фахом, звернувся до свого довіреного сімейного лікаря з приводу того, що під час відпочинку в санаторії у нього було виявлено підвищення АТ до 170/100 мм рт.ст. Йому порадили відвідати свого сімейного лікаря. Пацієнт не мав жодних скарг, тому вже вісім років не відвідував свого лікаря. На прийомі він повідомив сімейного лікаря, що його батько мав високий АТ і переніс інсульт у віці 54 років. Його мати померла від діабету і підвищеного рівня холестерину. Він курить вже 15 років по 20 сигарет на день, їсть нерегулярно, йому часто не вистачає часу на відпочинок. Правда, по п'ятницях протягом однієї години він регулярно грає з друзями в баскетбол. У середньому вживає регулярно пляшку пива ввечері, а у вихідні і на ділових зустрічах - кілька келихів вина.

Завдання лікаря у такій ситуації - анамнестично в'яснити, чи є у пацієнта симптоми розвиненого атеросклерозу (наприклад, стенокардія напруги). Під час огляду сімейний лікар визначив підвищений АТ у двох вимірах поспіль. Він становить 166/94 мм рт.ст. на правій і 168/98 - на лівій руці. Оцінка сімейним лікарем параметрів серцево-судинного статусу пацієнта не виявила відхилень

від нормальних показників. Індекс маси тіла пацієнта становить 31, а окружність талії - 110 см, що вказує на ожиріння за абдомінальним типом. Лікар також оцінив проведені необхідні лабораторні дослідження та ЕКГ, що знаходились у межах норми.

Пацієнту було рекомендовано змінити свій спосіб життя. На наступний тиждень заплановано подальше спостереження. Під час наступного візиту його АТ становив 166/94 мм рт.ст. Було проаналізовано отримані лабораторні дані: глюкоза - 6,2 ммоль / л, загальний холестерин - 6,2, ЛПНЩ - 4,3, ЛПВЩ - 0,9, ТГ - 2,3. Інші лабораторні результати - у межах норми. У пацієнта виявлено такі фактори ризику, як ожиріння, куріння та підвищений рівень холестерину. Враховуючи численні фактори ризику, загальний серцево-судинний ризик (ССР) для цього пацієнта є високим (понад 10% ризику смертності протягом наступних 10 років). На підставі його сімейного анамнезу (ризик АГ і ССЗ) та відсутності даних, які б вказували на вторинну АГ, діагностується есенціальна гіпертензія. Сімейний лікар наголошує на важливості зміни способу життя знову (відмова від куріння, зменшення споживання алкоголю та солі, збільшення фізичної активності, зменшення маси тіла). Призначено один з антигіпертензивних препаратів, або лікар вибирає фіксовану комбінацію двох ліків у менших дозах, яку приймають один раз на день. Подальше обстеження планується через один-три тижні.

Якою є основна мета лікування артеріальної гіпертензії (АГ)?

Метою лікування АГ є максимально зменшити серцево-судинний ризик. Цього можна досягти шляхом контролю АТ та інших факторів ризику ССЗ. **Цільовий тиск** нижче 140/90 мм рт.ст. - мета лікування всіх пацієнтів з АГ, крім хворих на цукровий діабет з цільовим тиском нижче 140/85 мм рт.ст. Пацієнтам старше 65 років і особам старше 80 років, які перебувають у хорошому фізичному та психічному стані, у яких, крім запущеного атеросклерозу, спостерігається підвищення систолічного та зниження діастолічного АТ, рекомендується досягнення систолічного АТ - 150-140 мм рт.ст.

Які основні вимоги до оптимізації способу життя пацієнта з АГ?

Покращення способу життя шляхом формування здорових життєвих звичок - основний крок для всіх пацієнтів з АГ. При легкій

АГ необхідно досягати нормального АТ, покращивши спосіб життя. Встановлено, що навіть оптимальні ліки не можуть досягти цього, якщо не досягти покращення способу життя. Загальними заходами щодо вдосконалення способу життя є: перестати палити, зменшити і стабілізувати масу тіла, зменшити споживання алкоголю до максимум 10 г чистого алкоголю на день, регулярно виконувати вправи, принаймні 30 хвилин на день протягом більшої частини тижня, зменшити споживання кухонної солі, запровадити дієту з достатньою кількістю фруктів та овочів, зменшити кількість насичених і загальних жирів.

Які медикаменти застосовують для зниження АТ, і як їх правильно підібрати?

Необхідно якомога швидше призначати антигіпертензивні препарати при лікуванні АГ II ступеня, а також I ступеня, якщо загальний ССР високий або дуже високий (пацієнти при цукровому діабеті, серцево-судинних захворюваннях, хронічних захворюваннях нирок, ураженнях органів). Лікарі мають більше часу у розпорядженні пацієнтів з низьким або середнім ризиком, можна очікувати наслідків покращення способу життя (до декількох місяців (3-6)), і лише тоді призначати ліки, якщо це необхідно.

Лікарі роблять вибір із п'яти груп **антигіпертензивних препаратів першої лінії:**

– діуретики (гідрохлортіазид, хлорталідон, індапамід, торасемід, фуросемід, спіронолактон),

– бета-блокатори (атенолол, бісопролол, метопролол, карведілол, небіволол),

– інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ) (цилазаприл, еналаприл, фозиноприл, лізиноприл, періндоприл, раміприл, трандолаприл),

– блокатор рецепторів ангіотензину (БРА) (лозартан, валсартан, телмісартан, епросартан),

– антагоністи кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем, амлодипін, лацидипін, лерканідипін).

Лікування починається з призначення ліків однієї з вищезазначених груп або в поєднанні ліків з двох груп, а краще - з

фіксованої комбінації ліків у пацієнтів з високим АТ або високим ССР.

Характеристика пацієнта, супутня патологія, можливі протипоказання та додаткові фактори ризику повинні враховуватись при виборі ліків. Молодим пацієнтам зазвичай призначають інгібітори АПФ, тоді як літнім пацієнтам призначають тіазидні діуретики або блокатори кальцієвих каналів. БРА зазвичай призначаються у випадках неприйнятних побічних ефектів інгібіторів АПФ, наприклад, кашлю.

Пацієнтам з ішемічною хворобою серця потрібне введення бета-блокаторів, а пацієнтам, які страждають на цукровий діабет, потрібні інгібітори АПФ. Пацієнти з АГ із обструктивною хворобою легенів лікуються переважно діуретиками та блокаторами кальцієвих каналів. Приблизно у двох третин пацієнтів для досягнення цільового АТ необхідно застосовувати комбіноване лікування. Поєднання двох антигіпертензивних препаратів із групи RAS (система ренін-ангіотензин) (інгібітори АПФ, блокатор рецепторів ангіотензину та аліскірен) не рекомендується. Рекомендуються інші комбінації відповідно до характеристик пацієнта.

Тіазидні діуретики протипоказані пацієнтам, які страждають на подагру, також їх не рекомендують приймати пацієнтам із порушеннями толерантності до глюкози, пацієнтам із метаболічним синдромом і вагітним жінкам. Діуретики групи альдостерону протипоказані при термінальних захворюваннях нирок і гіперкаліємії. Бета-блокатори абсолютно протипоказані при АВ-блокаді 2 та 3 ступеня і при серцевій недостатності. Інгібітори АПФ не призначаються вагітним жінкам у випадках гіперкаліємії, двобічного стенозу ниркових артерій та ангіоневротичного набряку.

Які додаткові медикаменти призначає лікар для корекції інших факторів ризику пацієнту з АГ?

Окрім антигіпертензивних препаратів, пацієнтам з АГ, які часто мають інші фактори ризику ССЗ (наприклад, підвищений рівень холестерину або цукровий діабет), або страждають на ССЗ, часто бувають потрібні інші групи препаратів. Усі пацієнти, які страждають на ССЗ, а також пацієнти з високим ССР, включаючи таких з

діабетом, мають підвищений рівень холестерину і потребують гіполіпідемічного лікування, як правило, статинами.

Антиагрегаційна терапія також необхідна всім пацієнтам з АГ з уже наявними ССЗ і пацієнтам із передбачуваним високим ССР. Перед введенням антиагрегаційного лікування необхідно знизити АТ до рівня нижче 150/90 мм рт.ст.

АГ є найбільш частим фактором ризику виникнення фібриляції передсердь. Пацієнти з фібриляцією передсердь з АГ мають вдвічі більший ризик інсульту мозку, ніж пацієнти з фібриляцією передсердь, які мають нормальний АТ. Важливо призначити антикоагулянтне лікування, збалансувавши ризики тромбоемболічних подій і небезпеку крововиливу, який може бути спричинений антикоагулянтним лікуванням. Це лікування вводять лише після того, як було досягнуто контроль АТ.

Який алгоритм менеджменту ведення пацієнта з АГ?

Після виписки медикаментів пацієнту з АГ призначається контрольний огляд протягом одного-трьох тижнів. Це можливість виявити можливі негативні наслідки прийому ліків і оцінки дотримання пацієнтом схеми лікування (зміна способу життя, прийом ліків). Візит пацієнта потрібно планувати раз на місяць аж до досягнення нормальних показників АТ та їх стабілізації. Пацієнта направляють до спеціаліста-кардіолога, якщо АТ виходить з-під контролю через шість місяців після початку лікування, незважаючи на те, що він отримував комбінацію з трьох лікарських засобів в оптимальних дозах, один із яких є діуретиком.

Після відрегулювання АТ частота контролю, що мають проводити лікарі або медичні сестри, залежить від рівня ССР: при низькому або помірному ССР – один раз протягом шести місяців, при високому або дуже високому ССР – один раз протягом одного-трьох місяців.

Вимірювання АТ вдома у пацієнта (самостійне вимірювання) може продовжити інтервал між вимірами в кабінеті. І все-таки пацієнт з АГ повинен відвідувати кабінет сімейного лікаря принаймні раз на рік. Контроль за АТ та АГ може здійснювати медична сестра при консультації з приводу хронічних захворювань або під час необхідного візиту додому.

У випадках, коли АТ не регулюється, пацієнту необхідно призначити контрольний візит раз на місяць. Причини, за яких не регулюється АТ, повинні бути досліджені, і ці причини слід усунути. Найчастішими причинами нерегульованого АТ є недотримання режиму лікування пацієнта (нефармакологічного та / або фармакологічного), коли не встановлено вторинний характер артеріальної гіпертензії, при гіперволемії у випадках надто малих доз діуретиків, при використанні ліків, що підвищують АТ (кортикостероїди, нестероїдні протизапальні препарати, кокаїн та ін.).

Безумовно, найчастішою причиною нерегульованого АТ є недотримання лікування пацієнтом. Найважливішими причинами недотримання лікування є несприятливий вплив ліків. Супутні захворювання, психічні розлади, хронічний стрес і особливо депресивні розлади можуть бути причинами неадекватної регуляції АТ.

Висновки: Артеріальна гіпертензія є однією із самих серйозних проблем охорони здоров'я через свою поширеність і важливість. Догляд за пацієнтом з АГ з хронічною коморбідністю або без неї вимагає довгострокового цілісного підходу, орієнтованого на пацієнта.

Метою лікування пацієнта з АГ є зменшення загального серцево-судинного ризику, а не лише досягнення контролю артеріального тиску.

Покращення способу життя і відпрацювання здорових звичок життя необхідні всім пацієнтам з АГ, навіть коли медикаментозне антигіпертензивне лікування є обов'язковим.

Важливо регулювати артеріальний тиск. Вибір ліків залежить від особливостей пацієнта та супутнього захворювання.

Догляд за пацієнтом з АГ повинен здійснюватися цілісно з визначенням і контролем додаткових факторів ризику та ускладнень, паралельно із контролем за АГ. Одночасно необхідно піклуватися про лікування деяких інших соматичних захворювань або психічних розладів, які можуть вплинути на результат лікування АГ.

Найбільшою проблемою в регуляції артеріального тиску є погана прихильність пацієнта. Завдяки своєму комплексному адекватному

підходу сімейний лікар може суттєво вплинути на покращення прихильності пацієнта.

*Багній Н.І., Геряк С.М., Багній Л.В., Стельмах О.Є.,
Корда І.В., Петренко Н.В., Ониськів Б.О.*
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Вступ. Сучасне медичне суспільство явно вимагає змін. На сьогодні в тренді говорити про трансформації, серед яких питому вагу займає зміна фінансування первинної ланки надання медичної допомоги, введення парамедичної служби в межах екстренної медичної допомоги, ліцензування лікарської діяльності. Останнє вимагає необхідність змін у підготовці майбутніх спеціалістів різних медичних спеціальностей.

Для формування нової моделі сучасного лікаря явно виникає необхідність застосування в освітній процес саме тих форм навчання, які спрямовані на практичне засвоєння теоретичних знань. Тут, особливу вагу в умовах дистанційного навчання займає самостійна робота студентів як невід'ємна складова безперервного професійного розвитку лікаря загальної практики. Правильно організований навчальний процес дасть можливість молодому спеціалісту оволодіти навичками самостійної роботи, вмінням керувати, здатністю адаптуватися у медичних закладах, що вкрай необхідно для майбутнього лікаря.

Мета дослідження – встановити значимість самостійної роботи студента під час дистанційного навчання як невід'ємної складової безперервного професійного розвитку лікаря загальної практики.

Результати й обговорення. В центрі процесу дистанційного навчання знаходиться самостійна пізнавальна діяльність тих, хто навчається, самоосвіта, можливість не тільки прищепити навички

самостійного здобуття нових знань, а, що є найголовнішим, і їх практичне використання. Дистанційне навчання є формою отримання освіти, яка використовує традиційні і специфічні методи, форми та засоби навчання, основою яких є комп'ютерні і телекомунікаційні технології. При цьому суттю процесу є цілеспрямована, контрольована і інтенсивна самостійна робота того, хто навчається з використанням комплексу спеціальних засобів навчання і можливістю контакту з викладачем та іншими студентами [1].

Згідно із сучасним розумінням навчання як процесу управління формуванням особистості спеціаліста, тлумачення самостійної роботи студентів є не чим іншим, як способом становлення самостійності та активності особистості, її репродуктивних і творчих здібностей, вміння орієнтуватися в теорії і практичних ситуаціях, ставити і самостійно вирішувати теоретичні та практичні завдання [2, 3]. Самостійність у здобутті знань з медичних дисциплін передбачає оволодіння складними вміннями і навичками бачити зміст та мету роботи, організовувати власну самоосвіту, вміння по новому підходити до вирішуваних питань, пізнавальну і розумову активність, здатність до творчості. Однак, далеко не всі студенти виявляють свідомість і волю, вкрай необхідні для організації власної самостійної роботи.

Головними аспектами в організації самостійної роботи студентів в умовах дистанційного навчання є:

1. Вміння правильно планувати студентів свою роботу, підготовка робочого місця для реалізації певних задач, виконання завдань без неопосередкованої допомоги викладача, оцінка результатів роботи.

2. Систематичний самоконтроль студентів за виконанням та результатами своєї роботи, коригування та удосконалення способів її втілення.

3. Наявність пізнавальної та практичної задачі, проблемної ситуації, яка спонукає студентів до самостійної інтелектуальної діяльності, що потребує розумових, вольових та фізичних зусиль.

4. Вияв студентами самостійності та творчої активності під час розв'язання поставлених перед ними завдань.

5. Введення у завдання для самостійної роботи повноцінного в освітньому, виховному та логічному планах матеріалу, засвоєння

якого сприяло би цілісному розвитку особистості студента, оволодінню прийомами розумової діяльності, самоосвіті та творчості.

Як будь-якому виду діяльності, самостійній роботі з медичних дисциплін властиві всі її елементи та функції, такі як освітня, розвивальна, виховна, пізнавальна, самоосвітня, прогностична, коригуючи.

До основних принципів побудови самостійної роботи студентів В.К. Буряк [4] зараховує принципи комплектності, варіативності та активності.

Принцип комплектності передбачає існування певних зв'язків та відношень між компонентами змісту самостійної роботи. Комплектність органічно вбирає у себе такі характеристики як структурність, взаємопов'язаність, ієрархічність, інтегрованість.

Варіативність визначається необхідністю викладача змінити, перекоonstrуувати окремі види самостійної роботи, можливістю студентів вибрати той чи інший її вид.

Сутність принципу активності зводиться до активної позиції як студента, так і викладача навчального закладу, що виявляється у виборі змісту самостійних робіт, обґрунтуванні активних форм і методів.

Для ефективної самостійної роботи з медичних дисциплін потрібно дотримання таких умов:

– необхідність оптимального навчального плану не лише у визначенні послідовного вивчення окремих курсів, але й розумного співвідношення аудиторної та позааудиторної самостійної роботи. Велику роль тут відіграє правильне визначення трудомісткості різних видів самостійних робіт, таких як написання історії хвороб, рефератів, індивідуальні та практичні роботи. Складанню такого плану має передувати серйозне вивчення бюджету часу студента, забезпеченості методичною літературою;

– методично раціональна організація роботи. Важливо поступово змінювати відносини між студентом та викладачем. Якщо на перших курсах викладачеві належить активна спрямовуюча позиція, а студент найчастіше наслідує викладача, то в міру просування до наступних курсів ця послідовність повинна змінюватися у бік прагнення студента до самоосвіти. Процес самостійної роботи поступово

повинен перетворюватися на творчий. Як показує досвід, студент з великим інтересом вирішує поставлені завдання, коли сам програмує розв'язання тієї чи іншої задачі, глибше пізнаючи сутність предмета, вивчаючи законодавчо- нормативні джерела та спеціалізовану літературу, шукає оптимальні способи розв'язання проблемних ситуацій. Це стимулювання інтересом. Після такого кроку логічним буде стимулювання студента у формі інтересу співкурсників та викладачів до виконаної роботи (консультації викладача, інформація про "рейтинг студента" за результатами виконаних завдань тощо);

– забезпечення студента відповідною навчально-методичною літературою.

З використанням засобів дистанційного навчання мотивація студентів посилюється за рахунок новизни, нетрадиційності подання навчального матеріалу, можливості самостійного розв'язання запропонованих завдань і їх творчого переосмислення в умовах, що постійно змінюються. Позитивним під час організації такого виду самостійної роботи студентів є індивідуальна траєкторія навчання, яку кожен учасник може будувати самостійно, максимально адаптуючи її до себе. Разом з тим повинна бути присутня чітка організація занять з прозорими і зрозумілими вимогами, які ставляться перед студентами.

Висновки. Самостійна робота студентів у вищому навчальному закладі в умовах дистанційного навчання поступово перетворюється на провідну форму організації навчального процесу, будучи проявом пізнавальної, активної, творчої діяльності студента, яка допомагає формуванню особистості майбутнього лікаря загальної практики. Для реалізації у певному обсязі своїх освітніх та виховних функцій, вона має бути планомірною, систематичною, змістовною і сприяти формуванню особистості студента шляхом засвоєння необхідних вмінь, знань, навичок та підвищенням їх мотивації щодо обраної спеціальності.

Література.

1. Железнякова Г.А. Моделирование самостоятельной работы студентов в условиях дистанционного обучения // Телекоммуникации и информатизация образования. – 2005. – №2. – 59-61.
2. Архангельський С.И. Педагогика высшей школы и развитие понятий высшего образования / Понятийный аппарат педагогики и образования:

сб. науч. тр. / Отв.ред. Е.В. Ткаченко. – Вып.2. – Екатеринбург, 1996. – 340 с.

3. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. – М.: Педагогика, 1989. – 190 с.
4. Буряк В. Керування самостійною роботою студентів // Вища школа. – 2001. – №4–5. – С. 48–52.

Бабінець Л.С.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

АКТУАЛЬНІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТА ДО АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ І ВИКЛАДАЦЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Вступ. Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) - це хронічно (тривало) підвищений артеріальний тиск (АТ), який становить 140/90 мм рт.ст. і вище за умови, що таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірах (не менше 2–3 разів за 4 тижні в різні дні) [9]. Підвищений АТ є головним незалежним фактором ризику серцево-судинних захворювань [10]. ВООЗ визначає АГ як «провідний глобальний ризик підвищення смертності від серцево-судинних захворювань в світі» [5]. Ця проблема зачіпає від 30 до 45% європейського населення. Збільшення кількості пацієнтів з АГ є наслідком швидкої урбанізації в країнах, що розвиваються, а відомо, що дві третини світового населення з АГ проживають у таких країнах [2, 7].

Поширеність АГ в Європі становить близько 40% (від 37 до 55% залежно від країни), і вона вища, ніж у США та Канаді, у сусідніх з Україною країнах (Чехія, Хорватія, Польща та ін.) - на рівні 37,5% [6, 8]. В Україні налічується понад 10,5 млн пацієнтів з АГ (без Криму та анексованих територій Донбасу); 8 млн пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС); один млн хворих з хронічною серцевою недостатністю; 50 тис. хворих з гострим інфарктом міокарда і 110 тис. інсультів щорічно – ці стани часто є ускладненням АГ або тісно пов'язані з нею. І все це відбувається на тлі пандемії цукрового діабету (ЦД), якого в Україні налічується, за офіційними даними,

понад 2 млн хворих, а це значно підсилює ризик виникнення АГ та її наслідків [1, 2].

Поширеність АГ зростає з віком. У віковій групі понад 65 років три з чотирьох осіб страждають на АГ. Вона частіше зустрічається у чоловіків до 50 років, а після 50 років - у жінок [3, 11].

Мета – проаналізувати дані європейських клінічних протоколів для первинної медичної допомоги (хорватського, фінського, англійського) щодо мультидисциплінарних аспектів діагностики і ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією.

Основна частина. Намагання визначити причинний фактор АГ потребує додаткових обстежень і консультацій вузьких спеціалістів. Причина АГ залишається невідомою у понад 90% пацієнтів з цим захворюванням. У цих випадках АГ називають первинною або есенціальною, яка є багатфакторним станом. Порушений взаємозв'язок між хвилиним об'ємом викиду і периферичним опором, що відбувається при АГ, може бути наслідком низки спадкових та екологічно обумовлених факторів [2, 11].

Найважливішими факторами навколишнього середовища у генезі АГ є підвищений прийом кухонної солі та надмірна чутливість до неї, а також інші звички, такі як надмірне споживання їжі, обмеження фізичної активності, куріння, алкоголізм і високий рівень психологічного напруження. Механізм успадкування є недостатньо вивченим [7].

Так звану вторинну АГ встановлюють у менш ніж 10% пацієнтів, коли вона є наслідком захворювань нирок (гломерулонефрит, пієлонефрит, амілоїдоз нирок, патологія судин нирок та ін.) або надниркових залоз (синдром і хвороба Іценко-Кушинга, феохромоцитома), ендокринних захворювань (хвороби щитоподібної залози, ЦД та ін.), захворювань, що призводять до підвищеної в'язкості крові, або тих, що є наслідком прийому певних ліків (наприклад, кортикостероїдів, нестероїдних протизапальних препаратів, гормональних контрацептивів, хондростимуляторів та ін.). Також є АГ церебральні (після черепно-мозкових травм, запальних хвороб мозкових структур). Треба пам'ятати про АГ при вагітності, яка може бути транзиторною, а може стати початком пожиттєвої гіпертонічної хвороби [2, 8].

У цих випадках необхідно продовжувати причинно-наслідковий пошук, хоча причини підвищення АТ часто встановлюють лише тоді, коли пацієнт вже стабільно страждає від первинної патології органів (нирок, наднирників, щитоподібної і підшлункової залози, мозку та ін.). Отже, усунення причини не завжди сприяє кращій нормалізації рівня АТ [3].

Яким же є алгоритм діагностики АГ? Через велику кількість пацієнтів з АГ, які зазвичай мають додаткові фактори ризику серцево-судинних захворювань, необхідний цілісний, орієнтований на пацієнта підхід. Більшість із цих пацієнтів проходять обстеження і лікування сімейними лікарями [7].

Як правило, АГ є безсимптомним захворюванням. Її часто виявляють, коли пацієнт приходить до кабінету лікаря з іншої причини або для профілактичного огляду. Симптоми, що вказують на підвищення АТ, такі як головний біль, запаморочення або проблеми із зором, не є характерними, оскільки часто виникають при інших захворюваннях, однак можуть бути ознаками пошкодження органів-мішеней. Загальна рекомендація полягає в тому, що кожна людина повинна знати, наскільки високий її АТ [4]. Необхідно вимірювати АТ кожному пацієнту хоча б один раз на два роки, тим, кому понад 40 років - один раз на рік. При підвищеному АТ пацієнта запрошують повторно. У випадку постійно підвищеного АТ, який діагностується принаймні двома вимірами протягом мінімум двох відвідувань, потрібно провести тести для оцінки рівня АТ та серцево-судинного ризику (ССР), у разі дуже високого АТ достатньо одного обстеження [1, 12].

Процедура діагностики АГ включає: повторне вимірювання АТ, збір сімейної та особистої історії (анамнезу), клінічне обстеження, лабораторні та інші дослідження.

Сімейний анамнез повинен бути детальним, орієнтованим на наявність АГ, ЦД, дисліпідемії та раннє виявлення серцево-судинних захворювань у сім'ї (ІХС, інсульт, ураження периферичних судин або хвороби нирок) [9].

Окрім АТ, необхідно визначати частоту серцевих скорочень, провести аускультацию серця (шуми, звуки серцевої діяльності, тони), сонних і ниркових артерій. Пальпація нирок (полікістоз нирок).

Обстеження периферичних судин, набряків. Проведення неврологічного обстеження, якщо є підозра на цереброваскулярну патологію, особливо інсульт [2, 11].

Лабораторні дослідження мають на меті перевірити додаткові фактори ризику, можливість вторинної АГ, наявність або відсутність ураження органів. Планові постійні тести при АГ: гемоглобін та / або гематокрит, глюкоза натще в крові, ліпідограма крові (загальний холестерин, ЛПНЩ, ЛПВЩ, тригліцериди), калій і натрій у сироватці крові, сечова кислота, сечовина, креатинін, розрахунок клубочкової фільтрації (КФ) за формулою MDRD* (* MDRD - Модифікація дієти при нирковій хворобі - це одна з версій формули, яка використовує сироватковий креатинін пацієнта, вік, стать та расу [(КФ (мл / хв / 1,73) = 186 x (креатинін у сироватці крові в мг / дл) ^{-1,154} x (вік у роках) ^{-0,742} для жінок]). Аналіз сечі (тест-смужка та осад), мікроальбумінурія, електрокардіографія (доведення можливої гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), ішемії та аритмії). Приймаючи рішення про подальші тести, важливо керуватися тими патологічними результатами, які вже були знайдені [1, 2, 7].

Рекомендовані тести при виявленні АГ: індекс плечо-гомілка, 24-годинна протеїнурія (якщо білки були виявлені в сечі), глікований гемоглобін (HgbA1C), огляд очного дна (у пацієнтів з тяжкою АГ- АТ 180/110 мм рт.ст. або вище; розвинені зміни очного дна, такі як крововилив або набряк диску зорового нерва, свідчать про підвищений ССР), ехоКГ (якщо гіпертрофія або деякі інші патологічні дані були виявлені на ЕКГ), Холтерівське ЕКГ-моніторування у разі зафіксованої аритмії, УЗД сонних артерій (у випадках із шумом над сонними артеріями), УЗД периферичної та черевної артерій, кількісна протеїнурія (якщо тест-смужка позитивна), цілодобове вимірювання АТ і визначення швидкості пульсової хвилі (ранній показник жорсткості судин) [7, 9, 11].

Оцінка загального серцево-судинного ризику (ССР). За рівнем АТ, ССР класифікується на три категорії: I (140-159 / 90 до 99 мм рт.ст.); II (від 160 до 179/100 до 109 мм рт.ст.) і III (> 180 /> 110 мм рт.ст.) [5].

Для оцінки ССР також враховуються додаткові фактори ризику, субклінічні ураження органів, ЦД, метаболічний синдром або наявні серцево-судинні захворювання.

Додаткові фактори ризику: стать: чоловік > 55 років, жінка > 65 років, куріння, глюкоза в крові від 5,6 до 6,9; дисліпідемія, загальний холестерин > 4,9 ммоль / л або ЛПНЩ > 3 ммоль / л, або ЛПВЩ (жінка (f) < 1,2 ммоль / л, чоловік (m) < 1 ммоль / л), ранні серцево-судинні захворювання в сім'ї (жінки < 65 років, чоловіки < 55 років), окружність талії (чоловіки > 102 см, жінки > 88 см) [7].

Метаболічний синдром: RR > = 130/85 мм рт.ст., абдомінальне ожиріння, низький рівень ЛПВП < 1,0 ммоль / л для чоловіків та < 1,2 ммоль / л для жінок, підвищений рівень тригліцеридів > 1,7 ммоль / л, підвищений рівень сечової кислоти (гіперурікемія > 5,6 ммоль / л [5].

Цукровий діабет: глюкоза натще в крові ≥ 7 ммоль / л у більшості вимірювань, тест на глюкозу після їжі > 11 ммоль / л, глікозильований гемоглобін > 7%.

Субклінічне ураження органів: серце: ЕКГ / ехоКГ: ГЛШ, кровоносні судини: товщина інтима-медіа $\geq 0,9$ мм та / або бляшка, індекс плечо-гомилка < 0,9, нирки: розрахунок КФ за формулою MDRD (< 60 мл / хв) та / або мікроальбумінурія (30-300 мг / 24 години) [3, 5].

Супутні клінічні стани: цереброваскулярні захворювання (ТІА, ХВН, крововилив у мозок), серцеві захворювання (ІХС, серцева недостатність), захворювання нирок (діабетична нефропатія, креатинін: чоловіки > 133, жінки > 124, обчислювана КФ < 30 мл / хв., протеїнурія > 300 мг / 24 години), пошкодження судин, серйозні зміни на очному дні (двосторонні крововиливи та ексудати, набряк диску зорового нерва) [1].

На основі вищенаведених факторів, які визначає сімейний лікар і залучені ним спеціалісти, розраховується ССР, який є визначальним для подальшого лікування АГ і супутніх захворювань (наприклад, дисліпідемії) у кожного пацієнта.

Чи залучає сімейний лікар для визначення стану пацієнта і формування комплексного лікування інших спеціалістів? Більшість пацієнтів із АГ можуть і повинні опікувати сімейний лікар та його команда. Однак є випадки, коли лікування є нерезультативним, що є

відображенням багатьох факторів, які необхідно визначити. Лікар повинен направляти пацієнта до вузького спеціаліста в усіх випадках, які вважаються надзвичайними (наприклад, гіпертонічна енцефалопатія), у випадках передбачуваного небезпечного перебігу захворювання (наприклад, раптове загострення хронічної хвороби нирок), у випадках, коли необхідно проводити додаткові обстеження або втручання (серцевий стрес-тест при підозрі на ішемічну хворобу серця), при незрозумілих станах (підозра на вторинну АГ) [2].

Направлення до вузького спеціаліста поділяються на екстрені і відтерміновані. Відтерміновані направлення повинні бути реалізовані відносно швидко (протягом трьох місяців). Це можуть бути у залежності від потреби консультації кардіолога, невропатолога, окуліста, ендокринолога, нефролога, судинного хірурга та ін.

Відтерміновані направлення. Пацієнта з АГ направляють на призначене (не термінове) обстеження до фахівця у наступних випадках: коли потрібна більш детальна оцінка пошкодження органу (наприклад, діагностика гіпертрофії лівого шлуночка за допомогою ехокардіографії, оцінка ступеня атеросклерозу каротидних судин); у випадках підозри на вторинну АГ; у випадках стійкої АГ - коли не вдається адекватно контролювати АТ, незважаючи на антигіпертензивне лікування за допомогою правильної комбінації трьох ліків в оптимальних дозах і при дотриманні пацієнтом лікувального режиму; якщо виникають ускладнення АГ, як, наприклад, хронічна стабільна стенокардія, оклюзійна хвороба периферичних артерій, фібриляція передсердь, хронічна серцева недостатність, запущена хронічна хвороба нирок тощо [7, 8].

Причинами екстреного звернення є: злаякісна АГ, яка характеризується злаякісними змінами очного дна; цереброваскулярні захворювання (гіпертонічна енцефалопатія, інсульт, субарахноїдальний крововилив, внутрішньомозковий крововилив); захворювання серця та аорти (розшарування аорти, набряк легень, гострий коронарний синдром); захворювання нирок (гострий гломерулонефрит); збільшене вивільнення катехоламінів (феохромоцитома, лікарська взаємодія з інгібіторами MAO, гіпертонія як наслідок припинення прийому антигіпертензивних препаратів) [2, 7].

Як сімейний лікар повинен вибудовувати стосунки і співпрацю з пацієнтом з АГ? Прихильність до співпраці з сімейним лікарем і призначеного ним лікування АГ визначається як рівень дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря щодо способу життя, відвідування планових візитів і прийому лікарських засобів, як це призначено. Ця функція включає довіру пацієнта до лікаря, страх перед ускладненнями АГ, а також чітке рішення пацієнта взяти під контроль свій АТ. Прихильність пацієнта оцінюється на основі його / її участі у лікуванні, і вона зменшується переважно протягом перших шести місяців після початку лікування і продовжує знижуватися протягом наступних чотирьох років. Недотримання пацієнтом режиму лікування є частим викликом з негативними наслідками для здоров'я пацієнта та всієї родини. Дані літератури показують, що лише половина пацієнтів регулярно приймає антигіпертензивні препарати, як це призначено. Важливими факторами, що впливають на прихильність пацієнта, є сам пацієнт, хвороба, лікування і середовище, де воно відбувається [7].

Фактори, які формують прихильність пацієнта до лікування, наступні.

1) Саме захворювання - артеріальна гіпертензія. Прихильність до лікування при хронічних захворюваннях покращується, коли пацієнт розуміє їх як більш загрозливі, а також коли хвороби мають симптоми, які полегшуються лікуванням. АГ - це захворювання, яке, як правило, не викликає значно виражених симптомів, і саме цей фактор впливає на відсутність прихильності до лікування [12].

2) Пацієнт. Існує дві основні причини недотримання лікування пацієнтом: сумніви в корисності ліків та негативні наслідки лікування. Пацієнт, який знає, чому необхідне лікування, і який лікувався ліками, які він / вона добре переносить, мабуть, буде більш прихильний до лікування, ніж той пацієнт, який не вважає необхідним лікування, який зазнає несприятливих наслідків, і той, що не відчуває ніякої користі від лікування [2, 7].

3) Самовимірювання АТ збільшує відповідальність пацієнта за успіх лікування, і це, як правило, покращує прихильність до лікування та контроль АТ. Ось чому це добре рекомендувати більшості пацієнтів [4].

4) Лікування. Пацієнт повинен знати про мету та завдання лікування АГ, а також супутні захворювання, що впливають на загальний ССР. Режим спілкування з пацієнтом повинен бути пристосований до розуміння пацієнтом хвороби (одні бояться, інші не турбуються, а деякі сприймають це раціонально), що залежить від особистих, культурних і релігійних цінностей пацієнта і є відображенням середовища, в якому живе пацієнт. Консультуючи пацієнта щодо вдосконалення його / її способу життя, лікарі повинні поставити реалістичні цілі (наприклад, було б реально поставити за мету втратити 5 кг, але не 30 кг для пацієнта з хворими колінами, який має 30 кг надмірної ваги. Пацієнту, який здебільшого їсть у ресторанах, важко дотримуватися рекомендацій щодо зменшення споживання солі) [2, 3, 5].

Вибір антигіпертензивного препарату повинен бути пристосований до пацієнта, щоб уникнути несприятливого впливу ліків, і мати режим прийому ліків, який є максимально простим і легко регулюється до звичного життєвого ритму. Більш підходящий спосіб прийому ліків, менша кількість призначених таблеток і одна доза на день значно покращать прихильність пацієнта [5, 7].

5) Навколишнє середовище. Соціальна підтримка та інформування пацієнтів про несприятливий вплив ліків позитивно впливають на прихильність пацієнта до лікування. Навпаки, депресія та інші психосоціальні труднощі зменшують прихильність пацієнтів до гіпотензивного лікування. Важливо, щоб партнер пацієнта знав про хворобу та лікування (наприклад, якщо партнер готує їжу, він / вона повинен знати, що їжу потрібно готувати з меншою кількістю солі, а також, що вона повинна містити багато фруктів та овочів) [10, 11].

Висновки: 1. Артеріальна гіпертензія є однією із самих серйозних проблем охорони здоров'я через свою поширеність і важливість. Догляд за пацієнтом з АГ з хронічною коморбідністю або без неї вимагає довгострокового цілісного підходу, орієнтованого на пацієнта. 2. Визначення причини і алгоритму ведення пацієнта з АГ потребує співпраці сімейного лікаря з мультидисциплінарною командою (невролог, окуліст, нефролог та ін.) 3. Метою лікування пацієнта з АГ є зменшення загального серцево-судинного ризику, а не лише досягнення контролю артеріального тиску. 5. Найбільшою

проблемою в регуляції артеріального тиску є погана прихильність пацієнта. Завдяки своєму комплексному адекватному підходу сімейний лікар може суттєво вплинути на покращення прихильності пацієнта. 6. Вищезначені аспекти необхідно висвітлювати при проведенні занять із дисципліни «загальна практика-сімейна медицина».

Використана література:

1. Бабінець Л. С., Білочицька В. В. Клініко-лабораторні та інструментальні особливості гіпертонічної хвороби у поєднанні з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок в амбулаторній практиці. *Здоров'я суспільства*. 2019. Том 8. №1–2. С. 30–35.
2. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 №564 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань».
3. Сімейна медицина: реалії та перспективи / навчальний посібник [Бабінець Л.С., Боровик І.О., Корильчук Н.І. та ін.]; за ред. Л.С. Бабінець.- 3-тє вид., доп. і перероб. – Тернопіль: ТНМУ, 2020. – 1162 с.
4. Сіренко Ю.М., Рековець О.Л. Методи вимірювання артеріального тиску лікарями та пацієнтами. *Артеріальна гіпертензія*. 2018. №2 (58). С. 23-25.
5. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Journal of Hypertension*. – P.1281 -1357.
6. Hypertension Canada's Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults. *Canadian Journal of Cardiology*. 2017. Vol. 33. P. 557 - 576.
7. Milica Katić, Igor Švab. Family medicine. Izdavač: Medicinska naklada, Zagreb; 2017; 512; 53-68.
8. Petek-Šter M. Arterijska hipertenzija. U: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina (Family Medicine). - Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 2012. 9-16: 61-73.
9. The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>.
10. Verugheze J, Chattopadhyay SK, Proia KK, et al. Economics of self-measured blood pressure monitoring: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2017;53(3): 105-113.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВИКЛАДАЦЬКІЙ ПРАКТИЦІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. Сучасні реалії є такими, що в даний час значна увага приділяється дистанційному навчанню. До переваг дистанційного навчання можна віднести зручність, модульність, гнучкість, актуальність, економічну ефективність, інтерактивність, інтернаціональність [9]. Пандемія коронавірусу COVID-19 та карантин змусили майже всі країни переглянути освітні стратегії навчання. Тому сьогодні дистанційна освіта займає важливе соціальне місце у всьому світі і в усіх навчальних закладах України, а цього року відбулося її активне становлення [1,5]. В умовах пандемії вимушено набули популярності механізми змішаного та віддаленого навчання як такі, що відповідають вимогам соціального дистанціювання. Навчання такого типу дає можливість впроваджувати інтерактивні технології викладання матеріалу, здобувати повноцінну вищу освіту або підвищувати професійну кваліфікацію. Дистанційне навчання є також більш економічнішим за традиційне, тому що дає змогу ефективніше використовувати навчальні приміщення, адже коригує електронні навчальні матеріали та надає доступ до інформації великій кількості користувачів [3,8]. Дистанційне навчання дає студентам постійний доступ до навчальних матеріалів, підтримку й консультації викладачів, он-лайн відеолекції та інші технології для забезпечення ефективного і якісного навчального процесу [6,7]. Проте при перенесенні моделі на ситуацію і одночасного застосування серед великих груп слухачів значну проблему може скласти процес контролю активної участі та уваги до теми обговорення [10]. Одним з варіантів вирішення такої ситуації може бути інтерактивна участь слухачів у дискусії через відповіді на проблемні запитання, постановка уточнюючих запитань з боку викладача [2,4]. Для реалізації таких можливостей більшість освітніх онлайн платформ мають спеціальні інструменти, проте викладацька

роль залишається провідною і повинна вдало використовувати всі ці технічні засоби[10].

Мета дослідження. Визначити найбільш оптимальні діагностичні та лікувальні підходи у практичній лікарській роботі у контексті викладацької діяльності при дистанційному навчанні студентів.

Матеріал і методи дослідження. Хворі хірургічного відділення, лікувально-діагностичне обладнання КНП «ТКМЛ №2», комп'ютерна програма Microsoft Teams.

Результати й обговорення.

Проведення практичних занять здійснювалось згідно карантинних вимог щодо COVID-19, тобто дистанційно. Для зв'язку зі студентами використовувалась програма Microsoft Teams. При цьому зі сторони викладача місцем проведення занять були комп'ютеризовані навчальні кімнати кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини, що знаходяться на базі КНП «ТКМЛ №2». Останнє було важливим фактором нерозривності лікувального і навчального процесів, навіть в умовах дистанційного навчання.

Важливою передумовою успішності навчального процесу є прямий зв'язок із практичною медициною. Можливість викладача працювати у лікувальному закладі дає змогу продемонструвати реальні клінічні ситуації, навіть при дистанційному навчанні. Тому всі діагностично-лікувальні процеси до відповідної теми заняття максимально представлялись студентам. Щоб продемонструвати як це працює, варто зупинитись на конкретній клінічній ситуації. Так, для прикладу, на рис.1 зображено патологію стравохідно-шлункового переходу у хворого із діафрагмальною грижою.

При цій патології якість життя пацієнта різко погіршувалась, а він обстежувався у різних спеціалістів, оскільки періодично домінували то прояви диспепсії, то виникали болі в грудній клітці по типу стенокардії. Комп'ютерна томографія не була достатньо інформативною. Але езофагогастродуоденоскопія була досить показовою. Так на рис. 2 у цього ж хворого стає помітним потрапляння шлунка через патологічно розширений стравохідно-шлунковий отвір у грудну порожнину.



Рис. 1. Патологічне розширення стравохідно-шлункового переходу при ендоскопії.



Рис. 2. Ендоскопічна картина діафрагмальної грижі.

Ці зображення відсилались студентам у діалогове вікно Microsoft Teams поетапно (рис. 3).

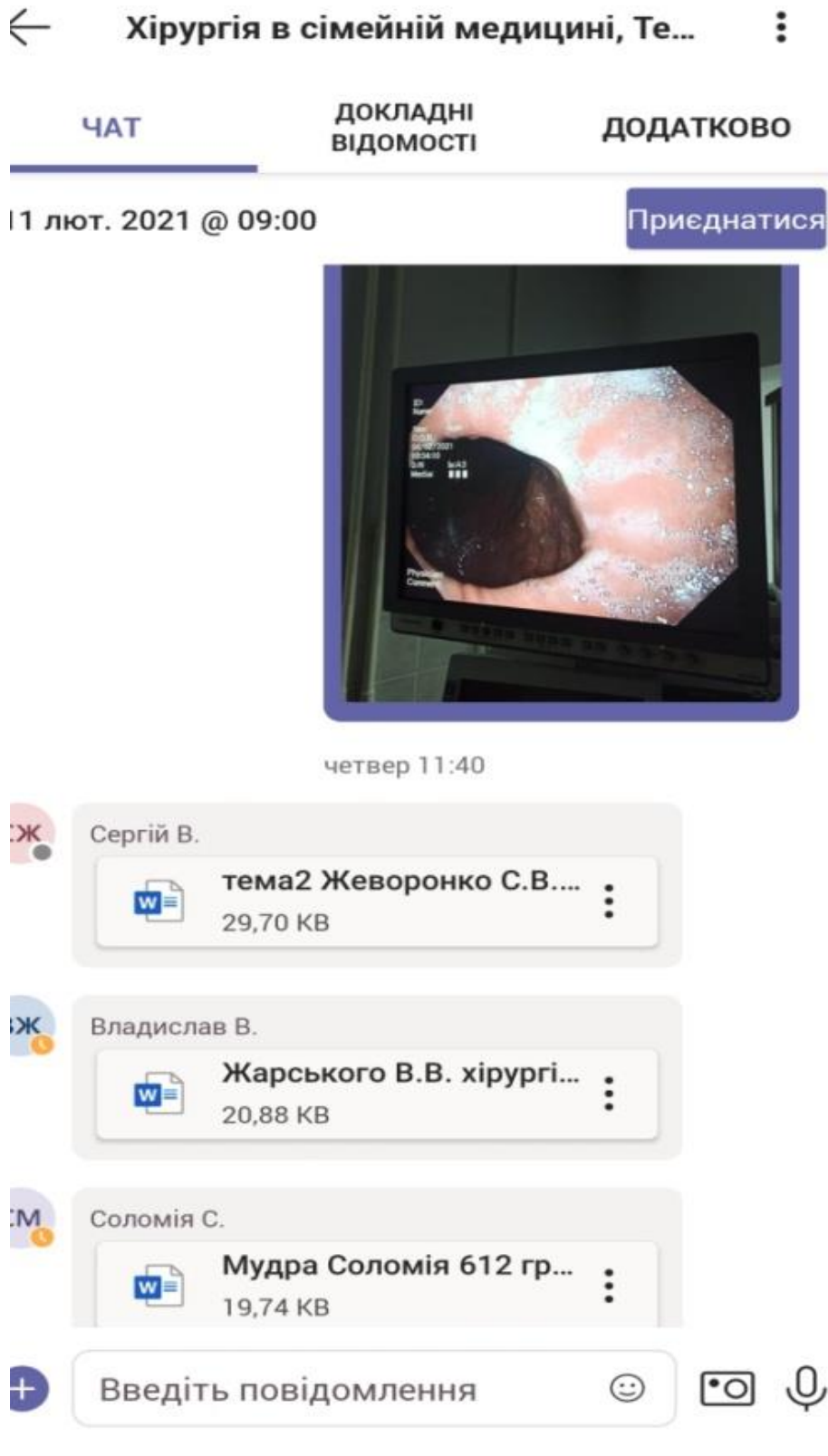


Рис. 3 Реальний клінічний випадок в діалоговому вікні Microsoft Teams

Таким чином студенти мали можливість практично в реальному часі спостерігати клінічне дослідження. При цьому була змога обговорити тематику в онлайн режимі і дати відповіді на запитання викладача, як усно, так і в письмовій формі, відправивши відповідні файли у вікно чату. Для закріплення матеріалу весь відеофільм дослідження був відправлений студентам наприкінці заняття. Особливістю даного підходу до ведення занять є те, що поетапне ознайомлення студентів із результатами дослідження дає час на роздуми, розвиває клінічне мислення. При цьому може охоплюватись велика кількість студентів, що не завжди можливо при аудиторній роботі і відвідуванні маломістких діагностичних кабінетів лікарень.

Для оцінки ефективності такого підходу в навчанні було анонімно опитано 39 студентів 3-ох академічних груп 6 курсу. На запитання якому типу навчання вони віддали би перевагу в умовах карантину, то 69,23% - за аудиторну роботу, при обов'язковості дистанційного навчання 87,17% студентів були за нього саме в такому форматі у порівнянні із загальноприйнятим. А за можливість поєднання аудиторної роботи з елементами такого дистанційного навчання в майбутньому поза карантинном – 74,35% студентів.

Висновки. Зацікавленість студентів у проведенні даного роду дистанційних занять є запорукою успішного освітнього процесу, адже зворотній зв'язок у педагогіці є важливим. Можливості сучасних комп'ютерних програм дистанційного зв'язку, зокрема Microsoft Teams, є достатніми для зручного використання і подальшого розвитку педагогічних ідей. Варто зазначити, що інтерпретація даних клінічної діагностики хворих через ці програми є однією із форм телемедицини і може допомогти у її подальшому розвитку і вивченню учасниками даного освітнього процесу. А враховуючи той факт, що теоретична медицина без практичної не має суттєвого сенсу, то в контексті дистанційної освіти такий спосіб подання клінічної інформації наближує студентів до реальної медицини і також підтримує професійний саморозвиток викладачів-клініцистів.

Список використаної літератури.

1. Бурмас НІ, Бойко ЛА. (2019). Система дистанційної форми навчання на кафедрі загальної хімії. Медична освіта. 2: 15–18. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.10338>
2. Галій ЛВ, Шульга ЛІ, Якущенко ВА, Нартов ПВ, Бур'ян КО, Баган СО. (2019). Впровадження дистанційної форми навчання в систему післядипломної освіти: проблемні питання сьогодення. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 3 (35): 14–20. <https://doi.org/10.31071/promedosvity2019.03.014>
3. Гончарова НГ, Кірсанова ОВ, Светлицький АО. (2014). Реалізація моделей дистанційного навчання у вищих медичних навчальних закладах. Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. 1 (14): 93—96.
4. Корбут ОГ. (2013). Дистанційне навчання: моделі, технології, перспективи. Науково-практична конференція «Новітні освітні технології», м. Київ, 2013. Київ: Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського». URL: <http://confesp.fl.kpi.ua/ru/node/1123>.
5. Ковальчук ЗЯ. (2012). Дистанційна система навчання в освітніх закладах різного типу як складова оптимізації педагогічної взаємодії. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 4 (17): 183—188.
6. Кучеренко Н. (2018). Дистанційне навчання як виклик сучасної університетської освіти: філософсько-правовий вимір. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Юридичні науки. 20: 34—40.
7. Куц ОГ, Омелянчик ВМ, Бессараб ГІ. (2017). Дистанційне навчання в системі медичної освіти (перший досвід кафедри нормальної фізіології ЗДМУ). Медична освіта. 4: 85—89.
8. Мачинська НІ, Нагірняк МЯ. (2009). Дистанційне навчання — новітня технологія підготовки фахівців у вищому навчальному закладі. Інформаційно-телекомунікаційні технології в сучасній освіті: досвід, проблеми, перспективи: Збірник наук. За ред ММ Козяра, НГ Ничкало. Львів: ЛДУ БЖД. 1: 270.
9. Міністерство освіти і науки України. (2020). Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні 2020 року. Постанова МОН України від 20 грудня 2000 року. URL: <http://www.osvita.org.ua/distance/pravo/00.html>.
10. Скрипник ЛМ. (2012). Дистанційна медична освіта: сучасні реалії та проблеми. Архів клінічної медицини. 2 (18): 116—118.

*Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М.,
Ткаченко М.В., Волченко Г.В., Шилкіна Л.М.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

У процесі реформування системи медичної допомоги та відкриття закладів загальної практики – сімейної медицини, що є фундаментом системи охорони здоров'я, значна роль відводиться лікарю загальної практики – сімейному лікарю, який повинен мати високу кваліфікацію, глибокі знання в області загальних, доклінічних та клінічних дисциплін [7].

Первинна медична допомога (ПМД) є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральною ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства [5].

Пошук стандартів вищої медичної освіти є оптимальною стратегією досягнення концептуально нового рівня якості підготовки майбутніх фахівців, основою якої є підготовка медичних працівників відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм викладання з урахуванням особливостей та інтересів національної системи охорони здоров'я [1,6,7].

Проект Концепції професійного ліцензування лікарів передбачає безперервний професійний розвиток, який складається з:

- формальної освіти (освітні заклади),
- інформальної освіти (самоосвіта),
- неформальної освіти (навчання за освітніми програмами без присудження освітніх кваліфікацій).

Основна мета закладів післядипломної освіти, які займаються формальною освітою, це підготовка компетентнісної моделі лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Компетентність лікаря-фахівця по завершенні навчання у вищому навчальному закладі – це здатність реалізовувати на практиці свій потенціал (знання, уміння, досвід, особистісні якості тощо) для

успішної продуктивної діяльності в професійній і соціальній сферах, спроможність усвідомлювати соціальну значущість своєї місії, постійно її вдосконалювати, нести особисту відповідальність за результати своєї діяльності [2,8].

На допомогу класичним технологічним аспектам приходять нові, зокрема, інтерактивні технології навчання. Поняття «інтерактивність» прийшло з англійської мови від слова «interact» де «inter» – взаємний, «act» – діяти. Таким чином, інтерактивність – це здатність до взаємного діалогу [3,8].

При інтерактивному навчанні всі учасники навчального процесу взаємодіють між собою, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку, занурюються в реальну атмосферу ділового співробітництва з розв'язання низки проблем відповідно до їх інтересів, потреб і запитів. При цьому відбувається постійна зміна видів навчальної діяльності [3,4].

Європейські стратегії навчання сімейних лікарів на післядипломному етапі, запропоновані Європейською академією викладачів загальної практики/сімейної медицини (EURACT) для впровадження у країнах Європи наступні:

- збільшення тривалості інтернатури до 3 років і більше;
- необхідність навчання лікарів на амбулаторних базах – у клініках сімейної медицини (основна частина курсу) (передбачено лише мінімум проходження циклів у стаціонарах);
- основа інтернатури ЗПСМ – індивідуальна (!) робота з пацієнтом під керівництвом ментора-супервайзера (викладача чи базового керівника);
- наголошено на груповій роботі інтернів у вигляді коротких семінарів з використанням інтерактивних методів навчання.

За рекомендацією EURACT модель змішаного (гібридного) навчання дає найкращий результат при навчанні сімейних лікарів. Змішане навчання передбачає поєднання самостійної роботи лікаря з або без використання електронних платформ, медіа-сервісів і традиційної роботи в аудиторії з використанням інтерактивних методик групової роботи.

Аудиторні та позааудиторні інтерактивні методи навчання, які використовуються на кафедрі під час занять:

– Інтерактивний тип проведення заняття. Активна участь лікарів-курсантів в обговоренні проблемних питань.

– Обов'язковим елементом практичного заняття є структурований клінічний розбір пацієнтів, а також розгляд клінічних випадків з повсякденної практики.

– Висвітлення теоретичних основ клінічної проблеми проводиться тільки в аспекті її практичного вирішення. Переважно нова актуальна інформація.

– Активне заохочення слухачів до самостійної пошукової роботи. Реферати. Підготовка доповіді. Участь у науково-практичних конференціях.

– Інтенсивне використання сучасних освітніх та інформаційних технологій.

– Клінічна конференція та клінічний обхід пацієнтів як невід'ємний елемент навчального процесу.

– Методичний супровід і контроль підготовки лікарів-інтернів до ліцензійного іспиту «Крок 3».

Велике значення має саме комплексність навчання: використання дистанційних форм на етапі теоретичної підготовки та відпрацювання практичних навичок на клінічних базах стажування.

Організація дистанційного навчання на кафедрі сімейної медицини і терапії.



Дистанційні форми освіти не можуть існувати самостійно та використовуються у поєднанні з класичними формами навчання

Етапність навчання: максимальне використання дистанційних форм на першому етапі (теоретична підготовка) та практична робота безпосередньо з пацієнтом на наступному заочному етапі. Відпрацювання практичних навичок проводиться на клінічних базах кафедри та базі навчально-практичних центрів кафедри.

Мета роботи – дослідження ефективності впровадження елементів дистанційних форм навчання на передатестаційному циклі з фаху “Загальна практика – сімейна медицина”

Курси проводилися за тематичним планом на кафедрі сімейної медицини і терапії та на філії кафедри у м. Кременчук. Оцінка ефективності використаних педагогічних технологій проводилася наприкінці циклу шляхом проведення тестування за допомогою ліцензованої комп’ютерної програми «Elex» (пропонувалося 200 питань 2-3 рівня різної складності з відповідного фаху) і шляхом перевірки опанування практичними навичками згідно стандартизованих карт практичних навичок та підведення підсумків з анонімним анкетуванням.

Були використані наступні дистанційні навчальні технології:

– дистанційні on-line-лекції для загальної цільової аудиторії. Лекції проводилися за допомогою мультимедійної презентації. Основною метою дистанційної лекції було викликати зацікавленість аудиторії та стимулювати лікарів до пошуку інформації з даної теми;

– дистанційні on-line-семінари, які передбачали інтерактивне спілкування викладача з лікарями-курсантами, які знаходилися на базі ПМСД. Роль викладача: спрямовуюча (організаційна), консультативна (інформаційна) та контролююча. Під час дистанційного семінару був використаний інтернет та засоби відеозв’язку;

– дистанційні індивідуальні on-line-консультації передбачали інтерактивне спілкування викладача з конкретним лікарем-курсантом. Метою дистанційної консультації було ознайомлення лікарів з новою інформацією та контроль з боку викладача. Під час індивідуальної консультації викладач оцінював рівень теоретичних знань лікаря та

опанування ним практичних навичок, що давало змогу вносити зміни в індивідуальний план лікаря-курсанта, доопрацьовувати деякі теми.

За результатами дослідження процес навчання трансформується з монологу викладача і вивчення набору навчальних матеріалів у постійний діалог між викладачем і лікарем, який навчається, перенесений з навчальної аудиторії в умови, комфортніші для лікаря з точки зору часу і місця реалізації процесу здобуття знань.

Дистанційна освіта розширює і оновлює роль викладача, робить його наставником-консультантом, який має координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати ті курси, які він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій.

Висновки:

1. Організація післядипломної освіти за допомогою сучасних дистанційних технологій сприяє безперервній самоосвіті, вдосконаленню професійної компетенції фахівця, визначає успішність його особистого зростання і соціальну реалізацію.

2. На даному етапі розвитку охорони здоров'я і медичної освіти використання різноманітних дистанційних навчальних технологій є дуже сучасним та затребуваним, дає можливість досягти якісно нового рівня післядипломної освіти.

Список літератури.

1. Вороненко Ю. В. Розвиток нових технологій у післядипломній освіті лікарів і провізорів: тенденції, експертні висновки та реальні оцінки ефективності навчання / Ю. В. Вороненко, О. П. Мінцер // Медична освіта. – 2013. – №2. – С. 19-23.
2. Гевкалюк Н.О. Компетентнісний підхід у професійній підготовці лікарів-стоматологів дитячих / Н.О. Гевкалюк // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.16-18.
3. Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення кваліфікації лікарів / В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, Є.М. Кітура [та ін.] // Вісник проблем медицини і біології. – 2018. – Вип.4. – Т.1(146). – С. 142-145.
4. Основні інтерактивні методи навчання в підготовці лікаря-спеціаліста / Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю. // Актуальні питання контролю якості освіти у вищих навчальних закладах: наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 22 березня 2018 р. – С. 88-89.
5. Парій В.Д. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд

- літературних джерел / В.Д. Парій, О.В. Короткий // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №2 (49). – С.48-53.
6. Пилипчук В.І. Роль інноваційних технологій у навчанні з циклу “хірургія” студентів 6-го курсу медичного факультету / В.І. Пилипчук // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.43-45.
7. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах / О.В. Лінчевський, В.М. Черненко, Ю.С. П'ятницький [та ін.] // Медична освіта. – 2017. – №3. – С. 6-9.
8. Zhdan V.M. Implementation of main interactive teaching methods in training of medical specialist / V.M. Zhdan, Ye.M. Kitura, M.Yu. Babanina [et. al.] // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.68-71.

УДК 378.018.43

Римар С.М.

**Кременецький медичний фаховий коледж
імені Арсена Річинського**

СУЧАСНА МЕДИЧНА ОСВІТА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. Сучасна онлайн-освіта набирає все більших обертів. До того ж під час карантину усі заклади освіти були змушені перейти в онлайн-формат. Навчання на відстані — часто вже навіть не вибір людини, а вимушений захід. Дистанційне навчання сприяло виникненню нових підходів викладання у вищій школі, зокрема і в медичних ВНЗ. Сучасні знання потребують модернізації освітніх технологій і методів їх впровадження. Інформаційний освітній простір, у свою чергу, зумовлює необхідність підтримки нових вимог. При цьому докорінно змінюється і роль викладача в навчальному процесі. Дистанційна освіта робить його наставником-консультантом, який має координувати пізнавальний процес, постійно вдосконалювати ті курси, які він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій.

Мета дослідження. Актуальність дистанційної освіти у галузі медицини та виявлення основних проблем, що виникають на шляху

впровадження дистанційного навчання в освітній процес ВНЗ України.

Матеріали і методи дослідження. Вивчення та узагальнення наукової літератури, що стосується досвіду впровадження дистанційного навчання в медичній галузі України.

Результати й обговорення. Дистанційне навчання в сучасному світі здійснюється за допомогою різноманітних технологій, які відрізняються за: формою подання учбових матеріалів; наявністю посередника в системі навчання або за централізованою формою навчання; за ступенем використання телекомунікацій і персональних комп'ютерів; за технологією організації контролю учбового процесу; за ступенем впровадження в технології навчання звичайних методів ведення освітнього процесу; за методами ідентифікації студентів при складанні іспитів [2].

Результати аналізу діяльності освітніх закладів, що використовують технології ДН в медичній освіті, свідчать про ефективність застосування нових інформаційних технологій щодо забезпечення безперервності та наступності навчання, відкритості й індивідуального підходу в проведенні навчального процесу, централізації освіти з центром ДН на базі головного навчального закладу і територіально віддалених навчально-консультаційних пунктів, забезпечення контролю знань у дистанційному режимі, забезпечення тьюторинга в навчанні, оперативного відновлення методичного забезпечення навчального процесу, оскільки отримання методичних матеріалів на електронних носіях легше підтримувати в актуальному стані [1,3].

Проте, незважаючи на позитивні якості дистанційної освіти, в ній можна виділити і кілька недоліків:

1. ускладнена ідентифікація дистанційних студентів (важко перевірити, чи саме цей студент здає екзамен).

2. освітні стандарти (вони мають сприяти перевірці та контролю результатів освіти, а також пошуку оптимальних шляхів досягнення цих результатів).

Тому при розробці дистанційних програм необхідно створити умови для інформаційного забезпечення споживачів на рівні країни в цілому, окремих регіонів і навчальних закладів зокрема [2].

3. *адекватність оцінювання отриманих знань* (для оцінки рівня знань використовують комп'ютерне тестування з однокроковими завданнями, які становлять умову з описом комплексу симптомів і обмежений набір (три– п'ять) варіантів діагнозу, з яких необхідно вибрати один (при цьому не завжди вдається підібрати дистрактори таким чином, щоб не спрацював ефект вибору відповіді «від зворотного»)) [4].

4. *формування контингенту слухачів* (комплектуючи групи на базі одного періоду професійної діяльності, важко досягти однорідності за рівнем інтелектуального розвитку, налаштованістю на фахову діяльність і мотивами одержання нової інформації [3]).

5. *недостатній безпосередній контакт між персональним викладачем (тьютором) та дистанційним студентом через надзвичайну професійну завантаженість вітчизняних педагогів*. (досвідчених викладачів, знайомих з новітніми технологіями дистанційного спілкування, обмаль, а також низька пропускна спроможність електронної мережі під час навчальних чи екзаменаційних телеконференцій) [1,2].

6. *захист авторського права розробників курсів та сертифікація навчальних курсів*.

Висновки. Впровадження повноцінного дистанційного навчання в Україні гальмується багатьма чинниками. Це пояснюється слабким проробленням методологічних та психолого-педагогічних особливостей дистанційної освіти, дуже високими вимогами до «віртуального» викладача, низькими можливостями врахування освітніх стандартів із огляду на регіональні особливості, вибором інколи недоцільних методів оцінювання студентів, тощо.

Перспективи подальших досліджень. Подальший розвиток дистанційної освіти в Україні вимагає вдосконалення методів дистанційного навчання, покращення рівня оцінювання знань, збільшення кваліфікованих викладачів, розробки нових освітніх стандартів.

Список використаної літератури:

1. Михальченко М. Освіта і наука: пошуки нових парадигм модернізації / М. Михальченко // Вища освіта України. – 2001. – №2. – С. 14–23.

2. Околесов О.П. Системный подход к построению электронного курса для дистанционного обучения / О.П. Околесов // Педагогика. – 1999. – №6. – С. 50–56.
3. Олексенко В. Ефективні шляхи вдосконалення змісту і форм підготовки спеціалістів ВНЗ / В. Олексенко // Вища освіта України. – 2004. – №2. – С. 66–70.
4. Пидкасистый П.И. Компьютерные технологии в системе дистанционного обучения / П.И. Пидкасистый, О.Б. Тищенко // Педагогика. – 2000. – №5. – С. 7–12

References:

1. Mikhalchenko M. Education and science: the search for new paradigms of modernization / M. Mikhalchenko // Higher education in Ukraine. - 2001. - №2. - P. 14–23.
2. Okolesov OP System approach to the construction of an electronic course for distance learning / OP Okolesov // Pedagogy. - 1999. - №6. - P. 50–56.
3. Oleksenko V. Effective ways to improve the content and forms of training of university specialists / V. Oleksenko // Higher education of Ukraine. - 2004. - №2. - P. 66–70.
4. Pidkassisty PI Computer technologies in the system of distance learning / P.I. Пидкасистый, О.Б. Tishchenko // Pedagogy. - 2000. - №5. - P. 7–12

Краснодемська Г.С.

*Кременецький медичний фаховий коледж
імені Арсена Річинського*

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТА СТРАТЕГІЇ ВЕДЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ

Вступ. Збереження та зміцнення здоров'я молоді є одним із головних завдань соціальної програми нашої держави. В аспекті суттєвого погіршення психофізичної готовності студентської молоді питання збереження її здоров'я неможливо розглядати поза контекстом фізичного виховання, що має у цьому ракурсі неабияке соціальне значення. Причому, якість вищої освіти ототожнюють із якістю підготовки працездатних фахівців, що забезпечується належним станом їхнього здоров'я та є головним рушієм прогресу у всіх сферах діяльності суспільства та держави. В умовах упровадження карантинних заходів це набуває надзвичайної

актуальності, коли весь час студенти вимушені витратити лише на розумову активність. Саме тому питання збереження та покращання здоров'я студентської молоді, зважаючи на реалії сьогодення, є одним із найактуальніших.

Адекватною та єдино можливою відповіддю на виклики сучасності є використання технологій дистанційного навчання студентів для ефективної реалізації їхнього фізичного виховання в умовах карантину. При цьому однією з ключових проблем стає належна організація фізкультурно-оздоровчої діяльності студентів для збереження їхнього здоров'я в умовах край обмеженої рухової активності.

Мета доповіді визначити сутність поняття «дистанційне навчання», стратегії ведення дистанційного навчання на заняттях з фізичного виховання.

В умовах карантину навчальний процес перемістився в онлайн-режим. Проте не тільки студентам, а й всім не потрібно забувати вдома дотримуватися основ здорового способу життя, режиму праці та відпочинку, харчування та занять фізичними вправами і фізичними навантаженнями. Враховуючи таку ситуацію, колектив кафедри фізичного виховання і спорту підготував умови для дистанційного навчання для студентів медичного фахового коледжу, включаючи теоретичний та практичний блоки.

Завданнями теоретичного блоку дистанційного навчання є – написання реферату та виконання тесту на знання правил змагань з обраного виду спорту. Викладачі контролюють теми тестових завдань і теми рефератів за датою отримання виконаної роботи від студента.

Завдання з практичного блоку – зняти відеофільм з власним виконанням комплексу вправ з фізичного виховання або окремих вправ комплексу. Вправи дозуються з урахуванням таких факторів: фізичного розвитку та ступеня підготовленості організму, віку, характеру та навантаження вправ, температури повітря. **Дозування вправ** повинно бути таким, щоб забезпечувати вплив на організм з урахуванням загального стану здоров'я.

При складанні комплексу вправ можна брати: 1–2 вправи на потягування; 2–3 вправи, що діють на м'язи ніг; 1–2 вправи, що діють на м'язи рук і плечового поясу; 4–5 вправ, що діють на м'язи тулуба;

1–2 вправи стрибкового характеру (після чого обов'язково ходьба), а потім 1–2 вправи спокійного характеру (на дихання, розслаблення тощо).

Ці блоки здійснюються за допомогою використання технічних та інформаційних засобів, навчальних ресурсів, безпосередньо за допомогою інтернет-платформи Google Classroom (<https://classroom.google.com/>) – безкоштовний сервіс Google, за допомогою якого можна організувати дистанційне навчання з використанням сервісів Google (Диск, Форми, Документи, Таблиці, Презентації, Blogger, Youtube, Hangouts); через сервіси Viber (дозволяє створювати закриті групи, спільноти, чати, вести обговорення тем, завдань, проблем, інформації); Zoom (zoom.us/download) — сервіс для проведення відеоконференцій та онлайн-зустрічей; Google Meet; Facebook; електронної пошти (стандартний сервіс інтернету, що забезпечує передавання повідомлень як у формі звичайних текстів, так і в інших формах у відкритому чи зашифрованому вигляді. У системі освіти електронна пошта використовується для організації спілкування викладача й студента, а також студентів між собою); мобільного зв'язку з викладачами кафедри.

Викладачі кафедри, опановуючи цифрові технології навчання, застосовують найбільш вдалі методичні прийоми для опанування навчальної програми студентами на віддалі, підбирають такі тренування, відео-лекції, майстер-класи, завдання та комплекси вправ для розвитку фізичних якостей, що не потребують спеціального обладнання, інвентарю та можуть бути виконані в домашніх умовах. Власні роботи студенти пересилають викладачу, який проводить практичні заняття з фізичного виховання з групою.

Студентські фото- та відеозвіти з виконання вправ і складання нормативів, тестові завдання, робота з теоретичними матеріалами, постійне спостереження за станом здоров'я є нашими пріоритетами в роботі. Тому кафедра рекомендує всім студентам для підтримки свого здоров'я тренуватися, займатися фізичними вправами (з дотриманням умов карантину), щоб тримати достатній рівень рухової активності, зберегти здоров'я та провести час самоізоляції не тільки без негативних наслідків для організму, а й із користю.

Висновок. Дистанційне навчання надає студентам доступ до нетрадиційних джерел інформації, підвищує ефективність самостійної роботи, дає абсолютно нові можливості для творчого самовираження, знаходження та закріплення різних професійних навичок, а викладачам в свою чергу дозволяє реалізовувати абсолютно нові форми і методи навчання. Розвиток дистанційного навчання буде продовжуватися і вдосконалюватися із розвитком інтернет-технологій і вдосконалення методів дистанційного навчання.

Література.

1. Шандригось Г. А. Дистанційне навчання в системі підготовки фахівців з фізичної культури і спорту / Г. А. Шандригось, В. І. Шандригось, П. І. Ладика // Наук. часоп. Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. – 2015. – Вип. 5 К (61) 15. – С. 270–273.
2. Герасименко І. В. Система підтримки дистанційного навчання як складова інформаційного середовища ВНЗ / І. В. Герасименко // Проблеми сучасної педагогічної освіти: зб. ст. – Ялта: РВВ КГУ, 2013. – Вип. 40, ч. 4. – С. 22–30.
3. Що таке дистанційна освіта: як вона працює? [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://www.vsemisto.info/osvita/2355-sho-take-vysha-osvita-jakvona-prazjuje>.

Бабінець Л.С. Галабіцька І.М.

*Тернопільський національний університет імені
І. Я. Горбачевського МОЗ України*

СКЛАДНЕ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ПАНКРЕАТОЛОГІЇ ДЛЯ СТУДЕНТІВ 6 КУРСУ НА ЦИКЛІ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА- СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»: ДІАГНОСТИКА РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (НА КЛІНІЧНОМУ ПРИКЛАДІ)

Вступ. Актуальність. Протягом останніх років спостерігається збільшення захворюваності на рак підшлункової залози (ПЗ) в багатьох країнах, особливо в країнах Західної Європи та Північної Америки. У 2018 р. захворюваність (стандартизований показник, світовий стандарт, ASR) серед країн, де поширений рак ПЗ, становила: в Ізраїлі – 22 на 100 тис. населення, Фінляндії – 7,9; Японії – 9,7; Данії – 7,8; Бельгії – 8,7; Франції – 8,9; США – 7,7; Великобританії – 7,1; Угорщина – 10,8.

У США щороку реєструють близько 50 тис. хворих на рак ПЗ, а 26 тис. - помирають від цього захворювання [1-4]. В Україні наприкінці 2018 р. серед усіх злоякісних захворювань рак ПЗ посідав 8-ме місце серед чоловіків і 9-е – серед жінок. Показник захворюваності становить 7,3 випадків на 100 тис. населення [5]. Менше поширений рак ПЗ в країнах Азії та Африки (Індія – 0,85; Тайланд – 2,0; Іран – 3,1; Китай – 5,2 на 100 тис. населення, ASR). Середній вік хворих 60–65 років. Чоловіки хворіють дещо частіше від жінок [1-4].

Діагностика раннього раку ПЗ майже неможлива. За даними японських авторів, пухлини діаметром до 2 см діагностуються випадково, причому всі сучасні методи діагностики цих пухлин недостатньо інформативні. Так, за допомогою ультразвукового обстеження ці пухлини виявляють, за даними різних авторів, у 30–50% випадків. Навіть при комп'ютерній томографії – тільки в 40–70% випадків. Діагноз раку ПЗ встановлюють в основному через 6 міс. після появи перших симптомів, тому на момент діагнозу 80% хворих мають метастази [1-4].

Значна поширеність та утруднена діагностика є проблемою сучасної медицини, особливо на етапі первинної медичної допомоги.

Мета – на клінічному прикладі проаналізувати можливості і складні аспекти діагностики та ведення раку підшлункової залози, лікувальні та прогностичні перспективи

Опис клінічного випадку та обговорення. Пацієнт В., 57 р., звернувся до гастроентеролога зі скаргами на ниючий біль у правому підребер'ї, дискомфорт і важкість в епігастральній ділянці, швидку втомлюваність, відчуття гіркоти в роті, пожовтіння шкірних покривів, потемніння сечі, біль у грудному відділі хребта, загальну слабкість.

Актуальні аспекти анамнезу життя і хвороби. Anamnesis vitae: пацієнт хворіє гіпертонічною хворобою, II стадії, 3 ступеня протягом багатьох років і варикозною хворобою вен нижніх кінцівок. 9 місяців тому переніс гострий інфаркт міокарда, було проведено коронарографію. Постійно приймає антикоагулянти, статини, гіпотензивні засоби. Близько 6 років тому прооперований з приводу пахової та пупкової кил.

Anamnesis morbi: вважає себе хворим протягом 1 міс., з моменту появи першої кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Пожовтіння шкірних покривів відмічає протягом тижня. Госпіталізований з приводу кровотечі.

Status presens objectivus (на момент госпіталізації): Загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Хворий правильної тіло будови, ІМТ – 25,3. Шкірні покриви чисті, жовтушні. Склери жовті. Язик вологий, обкладений білою осугою біля кореня. Щитоподібна залоза та периферичні лімфовузли не збільшені. ЧД – 19/хв. Перкуторно - над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно над легенями вислуховується везикулярне дихання, дещо ослаблене в нижніх відділах. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені. АТ – 130/80 мм рт.ст. Ps – 71 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Живіт візуально симетричний, бере участь у акті дихання. На передній черевній стінці відмічається пупкове випинання. При пальпації - м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка збільшена, +7 см з-під краю реберної дуги, значно ущільнена. Селезінка пальпується, збільшена в розмірах. Відрізки товстої кишки без особливостей. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перистальтика задовільна. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Наявні варикозно розширені вени правої нижньої кінцівки, відмічається пастозність нижніх кінцівок. Діурез: сеча темного кольору, сечопуск - 5-6 разів на добу. Акт дефекації не порушений, 1-2 рази на добу, стілець оформлений, без патологічних домішок. Пастозність нижніх кінцівок.

Дані лабораторного обстеження: за результатами загального аналізу крові, у пацієнта виявлена анемія середнього ступеня тяжкості, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ до 31 мм/год. У біохімічному аналізі крові - наявна гіпоальбуміємія (рівень альбуміну знижений на 25,6%), відмічаються підвищення рівня АСТ на 63,9%, підвищення рівня загального білірубіну у 10 разів, підвищення рівня прямого білірубіну у 45 разів, підвищення рівня гама-глутамінтрансферази у 3 рази, підвищення рівня лужної фосфатази на 5,6%, зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності на 81,2%, підвищення рівня С-реактивного протеїну на 5,0%,

зниження рівня холестерину на 46, 8%. Також у пацієнта спостерігалось різке підвищення рівня альфа-фетопротейну у 174 рази.

Вірус гепатиту С. ПЛР, РНК вірусу гепатиту С: позитивний.

УЗД органів черевної порожнини: печінка збільшена: права доля – 160 мм, ліва – 98 мм, ехогенність середня, ехоструктура – неоднорідна, грубозерниста, V. portae – 14 мм, судинний малюнок дещо розширений, внутрішньопечінкові жовчні протоки – дещо розширені. У правій долі – поодинокі утвори підвищеної однорідної ехоструктури, максимальний розмір – 37×26 мм. Жовчний міхур – деформований, диференціюється нечітко, розмір – 39×20 мм, стінка – 6 мм, потовщена, вміст - з конкрементом розміром 14 мм. Холедох – норма. Підшлункова залоза візуалізується нечітко, збільшена, розміром 32×20×30, ехогенність підвищена, ехоструктура неоднорідна, контури - нерівні, розмиті, вірсунгова протока не розширена. Сальникова сумка – вільна. Нирки – без особливостей. Селезінка збільшена, 155×71мм, ехогенність – середня, ехоструктура – однорідна. V. lienalis – 6 мм. Вільна рідина у малому тазі об'ємом – 187 см³, у підпечінковій ділянці – 750 см³.

Еластографія печінки: ознаки дифузного критичного фіброзу печінки в межах F4 (за Metavir).

МРТ органів черевної порожнини і заочеревинного простору: МР-картина об'ємного утворення перипортальної зони із залученням у процес голівки підшлункової залози, міхурової протоки, жовчного міхура, паренхіми перипортальних відділів S4b, S5, S6 печінки, з обструкцією позапечінкових і дилатацією внутрішньопечінкових жовчних шляхів, яку слід диференціювати з аденокарциномою голівки підшлункової залози або жовчного міхура, не виключено синхронний процес. Тромбоз портальної вени із залученням її внутрішньопечінкових відгалужень, селезінкових і верхньої брижової вен. Перипортальна, порто-кавальна, аорто-кавальна лімфаденопатія вторинного характеру. Карциноматоз очеревини. Виражений асцит. Спленомегалія.

МР-недиференційована нефрома правої нирки, кістозні нефроми правої та лівої нирок, достовірно не виключено tuberculis renal cell carcinomas (Рис. 1,2).

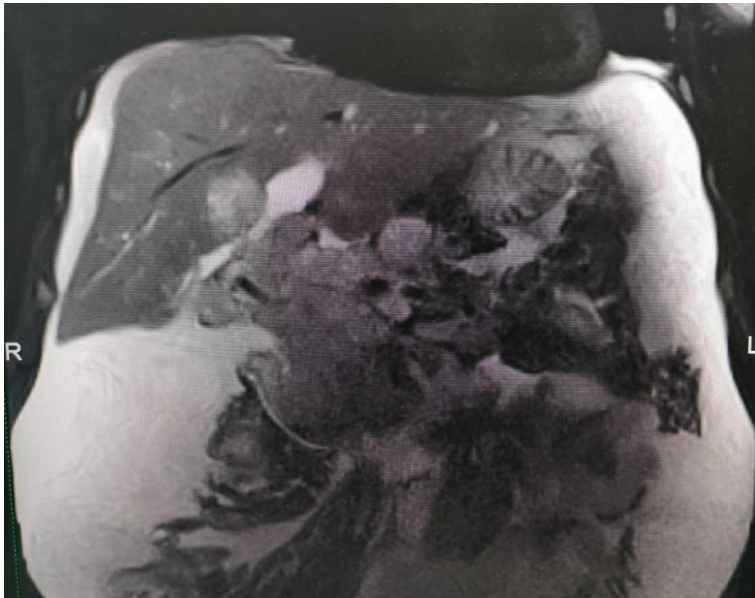


Рисунок 1. МРТ органів черевної порожнини і заочеревинного простору пацієнта В., корональна площина.

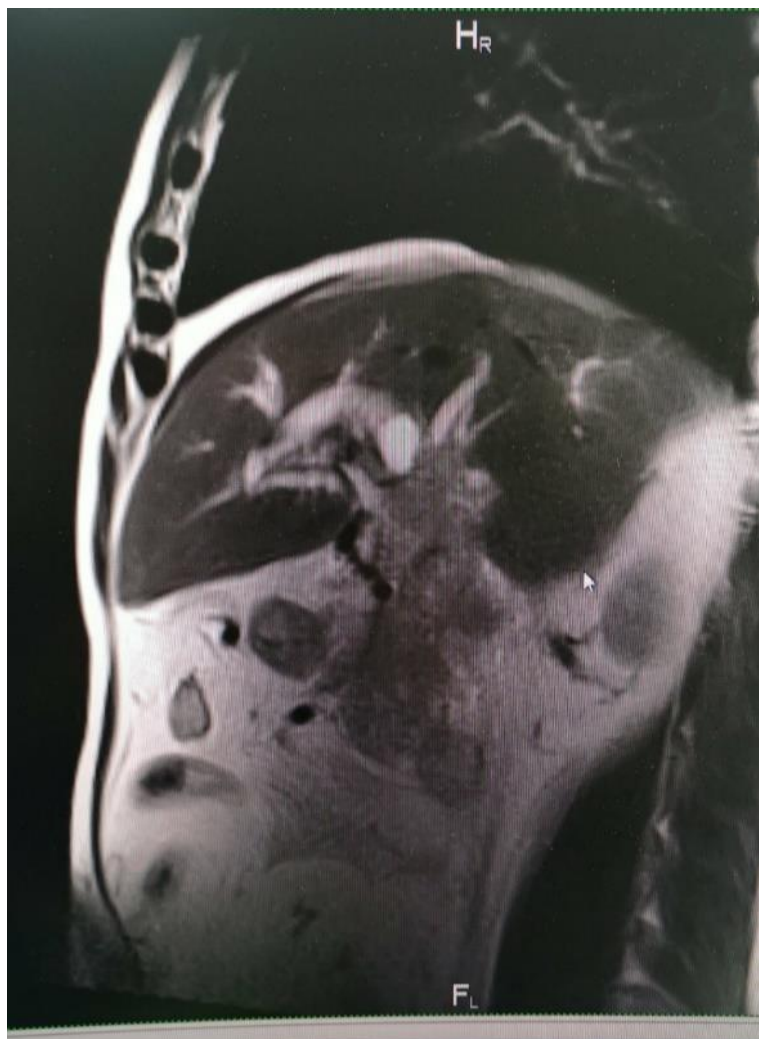


Рисунок 2 – МРТ органів черевної порожнини і заочеревинного простору пацієнта В., сагітальна площина.

Рентгенограма грудного відділу хребта. Висновок: деформуючий спондиліоз, спондилоартроз грудного відділу хребта.

ЕКГ: ритм синусовий, нерегулярний, ЧСС – 67 уд/хв, вольтаж збережений, електрична вісь серця горизонтальна. Суправентрикулярна екстрасистоія. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Дифузні дисметаболичні зміни міокарда.

ЕхоКС. Висновок: діастолічна дисфункція лівого шлуночка за релаксаційним типом.

ЕФГДС. Висновок: хронічний гастродуоденіт II ст. ГЕРХ ст. А. Дуоденогастральний рефлюкс. Гастродуоденостаз.

Консультація кардіолога: ІХС. Стенокардія напруги III ФК. Постінфарктний (без Q-інфаркт міокарда) кардіосклероз. Стенозуючий коронаросклероз, коронарографія, ангіопластика, коронарне стентування (один стент). Багатосудинне ураження. Суправентрикулярна екстрасистоія. Гіпертонічна хвороба III ст., 2-го ступеня. СН I ст., II ФК за NYHA. Дуже високий КВР.

Консультація невролога. Висновок: Гостра торакоалгія вертеброгенного генезу, недиференційована форма, з больовим, м'язово-тонічним синдромами.

Консультація онколога. Висновок: Рак головки підшлункової залози, T₃N₁M₁, IV ст., IV клін. гр. (Цироз печінки, асоційований з гепатитом С, В-С за Чайлдом-П'ю. Печінково-клітинна недостатність 2-3 ст. Канцероматоз очеревини. Асцит. Больовий синдром). Рекомендовано: нагляд дільничного онколога, симптоматична терапія за місцем проживання, вирішення питання про призначення наркотичних анальгетиків - при необхідності за місцем проживання.

Обговорення. На жаль, у такому стані спеціальне лікування (хіміотерапія) не проводиться. Пацієнту показана симптоматична терапія в умовах хоспісу / відділення паліативної допомоги, або ведення сімейним лікарем за консультативної підтримки онколога за місцем проживання.

Безумовно, це класичний приклад пізнього діагностування раку ПЗ. У випадку виявлення даної патології на більш ранньому етапі у вигляді ущільнення чи об'ємного утвору у ПЗ, лікареві слід якомога швидше встановити точний діагноз - це пухлинний процес чи ні (виконати базові «пухлинні» маркери, при підозрі на пухлину -

біопсія, а якщо маркери вкрай високі, то можна обійтися і без неї в операбельному випадку). Чи випадок операбельний, безумовно, визначає спеціалізований онколог.

Якщо встановлено діагноз злоякісної пухлини, проводиться стадіювання (уточнення поширення процесу) раку ПЗ і вирішення питання про операбельність. Якщо пухлина умовно-операбельна, проводиться передопераційна хіміопроменева терапія, а тоді знову зважується можливість операції. Єдиним куративним методом лікування (тобто здатнимвилікувати пацієнта) у разі раку головки ПЗ є оперативне втручання (панкреатодуоденальна резекція).

Для терапевта і гастроентеролога важливо враховувати наступні доказові фактори ризику раку ПЗ, врахування яких могло б запідозрити у пацієнтів можливість виникнення даної грізної патології. У 30% випадків карциноми ПЗ вони пов'язані з тютюнопалінням. Доведено, що куріння в два рази підвищує ризик розвитку раку ПЗ. Зловживання алкоголем, недостатня кількість в їжі свіжих фруктів і овочів також є суттєвими факторами ризику - 20% випадків. У 2 рази збільшується ризик раку ПХ в осіб, хворих на цукровий діабет. Спадковість становить 5-10% від усіх випадків даної патології. Хвороба частіше пов'язана з такими спадковими станами, як аденоматозний поліпоз, неполіпозний колоректальний рак, синдроми Хіппель-Ліндау і Гарднера. Надважливим фактором є той, що хронічний панкреатит в 5% випадків призводить до раку ПЗ, тому вести таких пацієнтів потрібно надзвичайно уважно.

Лікарям і медпрацівникам важливо враховувати, що на ранньому етапі рак ПЗ проявляється симптомами, схожими з ознаками інших захворювань. Серед них: закреп - у 13%, слабкість - у 23%, загальне нездужання і здуття живота - у 31% випадків. Розвиток цукрового діабету часто маскує цю хворобу. Іноді у людини підозрюють пептичну виразку шлунка або захворювання жовчного міхура. Більш певні симптоми раку ПЗ розрізняють в залежності від розташування пухлини у залозі. Головні симптоми раку ПЗ - біль і жовтяниця. Їх відзначають 90% пацієнтів. Жовтяниця - це дуже важлива і часта ознака ураження ПЗ злоякісною пухлиною. Як правило, жовтяницю супроводжують світлий стілець, темна сеча, свербіж. Біль - самий болісний симптом раку ПЗ, причому біль може локалізуватися в спині

або у верхній частині лівого квадранта живота. Третій симптом раку ПЗ - втрата ваги при нормальному апетиті. Швидше за все, це пов'язано із стеатореєю – жировмісними випорожненнями. З калом разом виділяється підвищена кількість жирних кислот і нейтрального жиру через те, що порушується зовнішньосекреторна функція ПЗ, що свідчить важливість діагностики даного синдрому пацієнтів з хронічним панкреатитом або іншими нозологіями, які є «ризиковими» за раком ПЗ. Блювання і нудота, відсутність апетиту спостерігаються майже в половині випадків раку ПЗ і обумовлено стисканням шлунка і дванадцятипалої кишки.

Серед лабораторних параметрів при підозрі раку ПЗ важливими є показники біохімічного аналізу крові і дослідження онкомаркерів. Найбільш значущим з онкомаркерів є СА-19-9, що є пунктом усіх протоколів ведення даної патології і хронічного панкреатиту.

Для точної верифікації даної пухлини використовують також сучасні інструментальні методики. На жаль, тільки 20% карциноми ПЗ діагностують, коли пухлина обмежена лише самою ПЗ. Одним з первинних обстежень є спіральна комп'ютерна томографія (КТ) з подвійним контрастуванням. Для підтвердження і/або уточнення діагнозу проводять пункційну біопсію під контролем КТ або УЗД. Сучасний метод дослідження ПЕТ-КТ застосовують для визначення стадії захворювання у пацієнтів з потенційно операбельним раком ПЗ. Крім того, ПЕТ-КТ призначають для виявлення можливого рецидиву хвороби. Також для діагностики використовуються трансабдомінальна ультрасонографія (УЗД); ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ); ендоскопічне УЗД з проведенням аспіраційної біопсії.

Як вже відзначалося, хірургія - основний метод лікування раку ПЗ, який достовірно підвищує виживаність. Це резекція ПЗ з пухлиною (панкреатодуоденальна резекція) і подальша хіміотерапія. Інші лікувальні підходи полягають у полегшенні окремих симптомів. При больовому синдромі застосовують знеболюючі препарати, радіо- і хіміотерапію. При жовтяниці виконують ендоскопічне стентування - оперативне лікування, що полягає в накладенні обхідного анастомозу. При обструкції дванадцятипалої кишки (зустрічається приблизно у 5% пацієнтів) - оперативне лікування (накладення анастомозу між

шлунком і тощою кишкою або ендоскопічне стентування). Хіміотерапія раку ПЗ лише сприяє суттєвому зменшенню больових відчуттів.

Таким чином, потрібна настороженість сімейних лікарів, терапевтів, гастроентерологів, ендокринологів та інших спеціалістів щодо можливого раку ПЗ при появі у пацієнтів усіх вищенаведених симптомів. Слід також мати знання щодо лабораторних та інструментальних можливостей верифікації даного діагнозу і вчасно спрямовувати хворих для консультативної та діагностично-лікувальної допомоги.

Висновки. Рання діагностика раку підшлункової залози в Україні та світі залишається недостатньою. Наведений приклад наочно демонструє необхідність своєчасної оцінки факторів ризику розвитку даної патології, що могло б дозволити раніше виявити її, а також забезпечити більш ефективну і раціональну тактику лікування. Тільки онкологічна настороженість, професійна грамотність і готовність до командної роботи заради блага пацієнта з патологією підшлункової залози, а особливо з раком даного органу можуть вирішити проблему збільшення виживаності таких пацієнтів, подовження і покращення якості їхнього життя.

Література:

1. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., Jemal, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries (2018) CA Cancer Journal for Clinicians, 68 (6), pp. 394-424.
2. Neoptolemos, J.P., Palmer, D.H., Ghaneh, P., Psarelli, E.E., Valle, J.W., Halloran, C.M., Faluyi, O., (...), Büchler, M.W. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial (2017) The Lancet, 389 (10073), pp. 1011-1024.
3. Neoptolemos, J.P., Kleeff, J., Michl, P., Costello, E., Greenhalf, W., Palmer, D.H. Therapeutic developments in pancreatic cancer: Current and future perspectives (2018) Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology, 15 (6), pp. 333-348.
4. Cros, J., Raffenne, J., Couvelard, A., Poté, N. Tumor Heterogeneity in Pancreatic Adenocarcinoma (2018) Pathobiology, 85 (1-2), pp. 64-71.
5. Білинський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. – 324 с.

КЕЙС-МЕТОД В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила *Covid-19* пандемією, яка призвела до глобального припинення багатьох видів діяльності, включаючи освітні заходи. Це змусило перейти більшість вищих навчальних закладів на дистанційну форму навчання. Дистанційне навчання (ДН) ще до пандемії було однією з найгостріших полемічних проблем вищої медичної освіти. Противники ДН в медицині вважають, що неможливо дистанційно опанувати практичний досвід лікаря. Але наука рухається вперед, а сучасні технології дозволяють опановувати будь-які знання і практичні навички. Тому прихильників ДН в медицині стає все більше. Звичайно, навчання лікаря практичним навичкам вимагає традиційного очного контакту з викладачами, але вся теоретична підготовка і тактика в прийнятті рішень можуть проходити у дистанційній формі. Дистанційна освіта не підміняється синонімом «заочна». Вона відрізняється від заочного навчання більш зручною системою доставки інформації та використанням нових технологій в процесі навчання, що дозволяє розширити географію учасників курсу і розширити тематичний діапазон курсів, не знижуючи їх якість [1].

Результати й обговорення. Поняття «дистанційна освіта» трактоване ще у 1993 році, і визначає дистанційну освіту як доступ до навчання, коли джерела інформації та студенти розділені у часі, або відстані, або і в часі, і відстані. Метою ДН є надання освітніх послуг шляхом застосування у навчанні сучасних інформаційно-комунікаційних технологій за певними освітніми або освітньо-кваліфікаційними рівнями відповідно до державних стандартів освіти; за програмами підготовки громадян до вступу у навчальні заклади, підготовки іноземців та підвищення кваліфікації працівників [2].

На думку Кудрявцева С.П. методи ДН складаються з педагогічних та інформаційних технологій. Особливості ДН представлено у таблиці 1 [3].

Характерні риси дистанційного навчання

| Ознака | | Сутність |
|--------|------------------------------|---|
| 1. | Велика аудиторія | одночасне звернення до багатьох джерел навчальної інформації великої кількості студентів, спілкування за допомогою телекомунікаційного зв'язку студентів між собою та з викладачами |
| 2. | Економічність | ефективне використання навчальних площ та технічних засобів, концентроване і уніфіковане представлення інформації, використання та розвиток комп'ютерного моделювання повинні призвести до зниження витрат на підготовку фахівців |
| 3. | Технологічність | використання в навчальному процесі нових досягнень інформаційних технологій, які сприяють входженню людини у світовий інформаційний простір |
| 4. | Соціальна рівність | рівні можливості одержання освіти незалежно від місця проживання, стану здоров'я і соціального статусу |
| 5. | Інтернаціональність | можливість одержати освіту у навчальних закладах іноземних держав, не виїжджаючи зі своєї країни та надавати освітні послуги іноземним громадянам і співвітчизникам, що проживають за кордоном |
| 6. | Нова роль викладача | дистанційна освіта розширює та оновлює роль викладача, робить його наставником-консультантом, який повинен координувати пізнавальний процес, постійно удосконалювати ті курси, які він викладає, підвищувати творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень та інновацій |
| 7. | Позитивний вплив на студента | підвищення творчого та інтелектуального потенціалу людини, що одержує дистанційну освіту, за рахунок самоорганізації, прагнення до знань, використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій, вміння самостійно приймати відповідальні рішення |
| 8. | Якість | якість дистанційної освіти не поступається якості очної форми навчання, оскільки для підготовки дидактичних засобів залучається найкращий професорсько-викладацький склад і використовуються найсучасніші навчально-методичні матеріали; передбачається введення спеціалізованого контролю якості дистанційної освіти на відповідність її освітнім стандартам |

Таким чином, ДН має ряд беззаперечних переваг. Зокрема, здобувач вищої освіти може навчатися у зручний для нього час, звичному оточення та у відносно автономному темпі. Варто врахувати також і нижчу вартість такого навчання, оскільки відпадає потреба в оренді приміщень, оплаті значної кількості персоналу та економію часу [4].

Дистанційна освіта дозволяє скоротити час навчання завдяки швидкості комунікації викладача і студента, а також завдяки можливості використання майже всіх форм навчання (в тому числі самостійної роботи у системі *Moodle*) через комп'ютер. Завдяки корпоративним засобам для відеоконференцій *Google meet* ДН вдалося максимально наблизити до офлайн форми. Ці технології дозволяють викладачеві враховувати індивідуальні особливості студентів, вчасно реагувати на питання і проблеми, підбирати індивідуальний темп навчання. Обидві сторони мають можливість підтримувати діалог, володіють постійним та миттєвим доступом до інформації та швидким обміном нею. Результативність ДН залежить від наступних факторів: ефективною взаємодією викладача та студента; налагодженого зворотного зв'язку; якості розроблених навчальних матеріалів [1].

Якщо розглянути особливості дистанційної освіти з погляду комунікацій між викладачем і студентом, то можна визначити такі її характерні риси: самоосвіта як основа дистанційного навчання, що передбачає само мотивацію студента щодо власного навчання, а також певний рівень самоорганізації особистості; спілкування викладача і слухача за принципом «один до одного», що відповідає за формою і змістом індивідуальній консультації; спілкування і взаємодія «один до одного» не виключає взаємодії «одного до багатьох», оскільки викладач, відповідно до заздалегідь складеного графіка, працює відразу з безліччю студентів. Така форма взаємодії нагадує традиційне навчання в аудиторіях; взаємодія «багатьох до багатьох» означає, що можливе одночасне спілкування безлічі студентів, які обмінюються між собою досвідом і враженнями. Виходячи з цього, дистанційне навчання має низку переваг у порівнянні з традиційним навчанням: передові освітні технології, доступність джерел інформації, індивідуалізація навчання, зручна система консультування, демократичні стосунки між студентом і викладачем, зручний графік та місце роботи [5].

До ДН висувають ряд вимог. Згідно із законом України «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» від 25.04.2013 науково методичне забезпечення повинно включати: методичні рекомендації щодо розроблення та використання педагогічно-

психологічних та інформаційно-комунікаційних технологій дистанційного навчання; критерії, засоби і системи контролю якості дистанційного навчання; змістовне, дидактичне та методичне наповнення дистанційних курсів навчального плану/навчальної програми підготовки. В основу програм ДН закладається модульний принцип. Кожний окремий курс за змістом складається з декількох незалежних навчальних модулів (тем). Навчально-тематичний план кожного курсу складається з таких частин: змістовна (комп'ютерні лекції); закріплююча (практичні заняття); контролююча (тести і завдання). Технологія дистанційного навчання – це сукупність методів і засобів навчання та управління, що забезпечують проведення навчального процесу на відстані на основі використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій [2].

Кейс-технологія – це вид дистанційної технології навчання, суть якого полягає у використанні конкретних випадків (ситуацій, історій, текстів, які називаються «кейсом») для спільного аналізу обговорення або вироблення рішень студентами з певного розділу навчальної дисципліни. Цінність цієї технології полягає у тому, що вона одночасно відображає не тільки практичну проблему, а й актуалізує певний комплекс знань, який необхідно засвоїти при вирішенні цієї проблеми, а також вдало суміщає навчальну, аналітичну і виховну діяльність, що безумовно є ефективним в реалізації сучасних завдань системи освіти [6].

Ідеї методу *Case-Study* (методу ситуаційного навчання):

1. Акцент навчання переноситься не на оволодіння готовим знанням, а на його вироблення, на співтворчість студента і викладача; звідси принципова відмінність методу *Case-Study* від традиційних методик – демократія в процесі отримання знання, коли студент по суті справи рівноправний з іншими студентами і викладачем в процесі обговорення проблеми.

2. Результатом застосування методу є не тільки знання, але й навички професійної діяльності.

3. Технологія методу полягає в наступному: за певними правилами розробляється модель конкретної ситуації, що сталася в реальному житті, і відображається той комплекс знань і практичних навичок, які студентам потрібно отримати; при цьому викладач

виступає в ролі ведучого, генеруючого питання, фіксує відповіді, підтримує дискусію, тобто в ролі диспетчера процесу співтворчості.

4. Безсумнівною перевагою методу ситуаційного аналізу є не тільки отримання знань і формування практичних навичок, але й розвиток системи цінностей студентів, професійних позицій, життєвих установок, своєрідного професійного світовідчуття.

5. У методі *Case-Study* долається класичний дефект традиційного навчання, пов'язаний з «сухістю», неемоційністю викладу матеріалу – емоцій, творчої конкуренції і навіть боротьби в цьому методі так багато, що добре організоване обговорення кейса нагадує театральну виставу.

Під час дистанційного проведення практичних занять з патологічної фізіології в синхронному режимі за допомогою сервісу відеоконференцій *Microsoft Teams* я демонструю кейси у друкованій, мультимедійній та відео-формах.

Мета застосування кейс-методу: спільними зусиллями групи студентів проаналізувати ситуацію – *case*, що виникає при конкретному стані справ, і виробити практичне рішення; закінчення процесу – оцінка запропонованих алгоритмів і вибір найкращого з них у контексті поставленої проблеми.

Методика проведення фрагмента заняття на тему «Роль спадковості в патології» з використанням кейс-методу включає семінарське заняття, яке складається з трьох дій: 1) теоретична розминка та перевірка практичних навичок; 2) пропонується складна *Case-Study* (ситуація), яку повинні вирішити студенти; 3) проводиться підсумок вирішення студентами проблемної ситуації.

При проведенні заняття на початку здійснюється вивчення алгоритмів, подальша перевірка професійних навиків і вмінь, а на завершення – моделювання професійної діяльності у вигляді *Case-Study*. Зміст другої дії полягає у діагностиці спадкової хвороби із урахуванням відповідних скарг, анамнезу, результатів генетичних та лабораторних методів дослідження, оцінки ступеню тяжкості перебігу, проведенні диференційного діагнозу та запропонуванні методів профілактики. Третя дія – об'єктивне оцінювання роботи студентів.

На підготовчому етапі я об'єдную студентів у групи, при цьому двоє кращих студентів призначаються арбітрами, решта – діляться на дві команди по 5 чоловік кожна. Студенти отримують інструктаж щодо організації роботи в групі (вивчити факти, зробити висновки за даними фактами, оцінити альтернативи дій у даній ситуації, зробити вибір на користь того чи іншого плану дій, бути готовим висловити свої думки під час обговорення в аудиторії, відстояти свої погляди, а в разі необхідності, переглянути початкове рішення, брати активну участь у дискусії). Після оголошення теми, завдань, задач та термінів виконання інтерактивних завдань представляю інформаційно-методичне забезпечення: презентацію лекції, матеріали підготовки до практичного заняття, результати досліджень, питання для самопідготовки студентів.

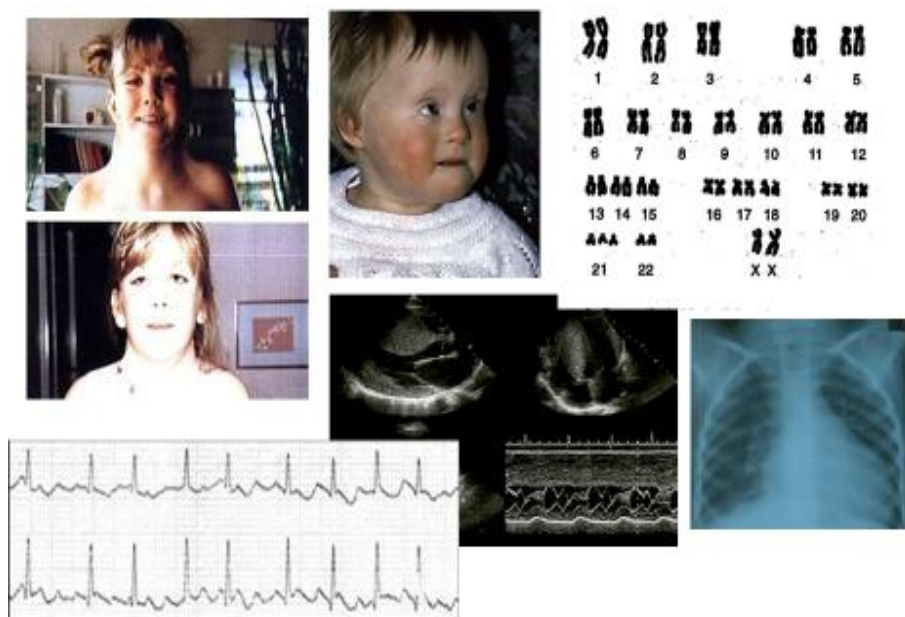


Рис.1. Наочність кейс-методу

Початок першої частини заняття проводиться як теоретична розминка студентів. Я заздалегідь готую 10-12 запитань теоретичного характеру, які задаю по черзі студентам різних команд. Арбітри впродовж семінару також доповнюють відповіді, якщо є така необхідність, наприкінці розминки – підводять підсумок, виділяють кращих студентів, і команду загалом, аналізують і виставляють оцінки.

У другій половині першої частини заняття ті ж самі команди отримують по одному практичному завданню, яке полягає у аналізі

каріотипу або родоводу. Арбітри роблять свої зауваження по виконанню практичних навиків, дають оцінку роботи команд.

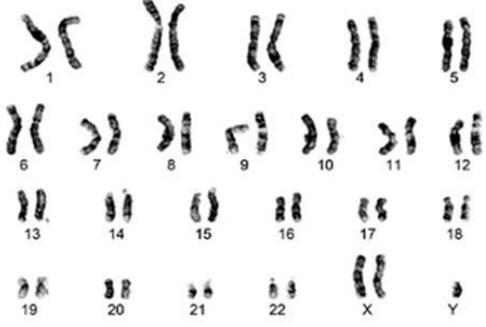
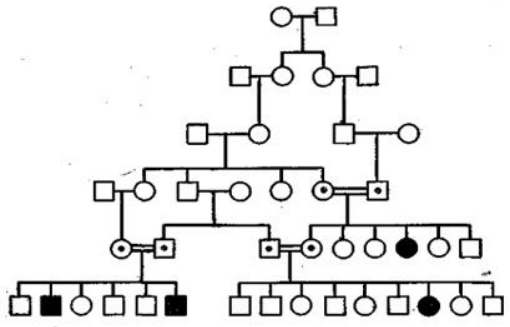
| Вкажіть діагноз за даним каріотипом та патогенез його виникнення. | Вкажіть тип успадкування генного захворювання, обґрунтуйте своє заключення. |
|---|--|
|  |  |

Рис. 2. Приклади завдань у другій половині першої частини заняття

На основному етапі, виробничому командам дається по одному структурованому кейсу (*highly structured case*), що відображає конкретну реальну клінічну ситуацію, який містить окрім текстового опису ще й сканограми лабораторних аналізів, дані генетичних, морфологічних і інструментальних досліджень.

Навчальна ситуація для 1-ї команди:

У медико-генетичну консультацію звернулася фенотипово здорова 42-річна жінка, у трьохрічного сина якої при огляді виявлено наступні зовнішні ознаки: брахіцефалічний череп, плоску потилицю, сплющене обличчя, коротку шию, плоске перенісся, малий короткий ніс, великий складчастий язик, відкритий рот, гіпоплазію верхньої щелепи, малі низько розміщені деформовані вуха, монголоїдний розріз очей, епікант, неправильний ріст зубів, діастема, поперечна посмугованість на губах, плями Брушвільда на райдужці. У пацієнта широкі кисті з короткими пальцями внаслідок брахімезофалангії, клинодактилія V пальця, розширені проміжки між I та II пальцями стоп, кулеподібна грудна клітка, м'язова гіпотонія, «жаб'ячий живіт». При огляді: поперечна борозда на одній або обох долонях, одна згинальна борозна на V пальці, дистальне розташування осьового трирадіуса (кут *α* дорівнює 80°), частота ульнарних

петель вища, а завитків на пальцях нижча, ніж у популяції. Шкіра хворого суха, на обличчі злущується, щоки з характерним рум'янцем, відмічається акроціаноз. Грудна клітка помірно здута, спостерігаються міжреберні ретракції. Частота дихання 48 за хвилину. Перкуторно: вкорочення легеневого звуку у задньо-нижніх відділах. Аускультативно: в легенях вислуховується ослаблене дихання та дрібно міхурцеві хрипи в задньо-нижніх відділах. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені, систолічний шум у III-IV міжребер'ї зліва. Неврологічний статус: мислення сповільнене, емоції поверхневі, IQ 52.

Проблеми:

1. Який патогенез синдромів, які виявлено у пацієнта?
2. Який попередній діагноз можна поставити хворому?
3. Які допоміжні обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу?
4. Між якими захворюваннями слід провести диференціальну діагностику?
5. Який клінічний діагноз з урахуванням основної та супутньої патології?
6. Які принципи профілактики захворювання?

Навчальна ситуація для 2-ї команди:

Пацієнтка 14 років скаржиться на первинну відсутність менструального циклу, порушення слуху, дратівливість. Об'єктивно: ріст 135 см, гіперстенічна будова тіла, крилоподібні складки (pterygium coli), низький ріст волосся на шиї, недорозвинені молочні залози, гіпертелоризм сосків, недостатнє оволосіння лобка та пахвових ділянок, вальгусна девіація колінних та ліктьових суглобів, вкорочення метакарпальних та метатарзальних кісток, викривлення V пальців, збільшена відстань між I та II пальцями стопи, антимонголоїдний розріз очних щілин, птоз, епікант, ретрогенія, низьке розміщення вушних раковин. Хвора пасивна та астенична. Додаткові дослідження: УЗД внутрішніх органів - відсутність яєчників, тяжі на місці статевих залоз, гіпоплазія матки та маткових труб, підковоподібна права нирка. При цитогенетичному дослідженні слизової оболонки ротової порожнини в ядрах букального епітелію відсутні тільця Барра.

Проблеми:

1. Визначити патогенез синдромів, які виявлено у хворі.
2. Який попередній діагноз можна поставити пацієнці?
3. На основі яких даних ґрунтується попередній діагноз?
4. Які допоміжні обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу?
5. З чим необхідно диференціювати підозрювану патологію?
6. Які принципи профілактики захворювання?

Отримавши завдання, команди протягом 15 хвилин проводять аналіз отриманих результатів, вирішення проблемних завдань, а потім один із учасників команди доповідає результати. Інші члени команди йому по ходу роботи допомагають.

Арбітри спостерігають за роботою команд і фіксують помилки, коригують та доповнюють доповіді. Студенти лідери кожної групи визначають активність кожного в міні групі під час виконання роботи та дають оцінку.

Я, як викладач, роблю висновки та оцінюю індивідуально кожного студента, враховуючи теоретичну підготовку, практичні навички, клінічне мислення, участь у дискусії, якість взаємодії у групі, компетентнісний підхід до розв'язання завдань, вміння прийняти правильне рішення в атиповій конкретній ситуації. Очікуваний результат – засвоєння теоретичних положень та опанування практичними навичками з даної теми, розвиток клінічного мислення кожного окремого студента виходячи із його власного інтелектуального потенціалу.

Висновок. Кейс-метод в умовах дистанційного навчання за допомогою сервісу відеоконференцій *Microsoft Teams* забезпечує високий рівень засвоєння матеріалу, підвищення рівня фахової компетентності майбутніх лікарів, вміння приймати рішення у стандартних і нестандартних ситуаціях, здатність працювати у команді, продуктивно спілкуватися з колегами, брати на себе відповідальність за роботу членів команди, вміти опрацьовувати інформаційні джерела та застосовувати міжпредметні зв'язки.

Список використаної літератури

1. Цисар Ю. В. Дистанційне навчання в умовах карантину / Ю. В. Цисар, І. Р. Маталега // Медичний форум. – 2020. – №21 (21). – С. 90-92.
2. Про затвердження Положення про дистанційне навчання : Наказ МОН України від 25.04.2013 №466 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0703-13>.
3. Кудрявцева С. П. Міжнародна інформація : навчальний посібник / С. П. Кудрявцева, В. В. Колос. – К.: Видавничий дім «Слово», 2005. – 400 с.
4. Биков В. Ю. Дистанційне навчання в країнах Європи та США і перспективи для України / В. Ю. Биков // Інформаційне забезпечення навчально-виховного процесу: інноваційні засоби і технології : кол. монографія / В. Ю. Биков, О. О. Гриценчук, Ю. О. Жук та ін. / Академія педагогічних наук України, Інститут засобів навчання. – К. : Атіка, 2015. – С. 77-140.
5. Долинський Є. В. Дистанційне навчання – одна з прогресивних форм підготовки фахівців / Є. В. Долинський // Теоретичні питання культури, освіти та виховання: Збірник наукових праць. Вип.42 / За заг. ред. проф. Матвієнко О. В. – К.: Вид. центр КНЛУ, 2010. – С. 202-207.
6. Дистанційне навчання як сучасна освітня технологія [Електронний ресурс] : матеріали міжвузівського вебінару (м. Вінниця, 31 березня 2017 р.) / відп. ред. Л. Б. Ліщинська. – Вінниця : ВТЕІ КНТЕУ, 2017. – С. 39.

Бабінець Л.С., Махніцька І.В.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль**

ВІДПРАЦЮВАННЯ НАВИЧКИ ЗАСТОСУВАННЯ PH-МЕТРІЇ У ПЕРСОНІФІКОВАНОМУ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТА У ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ (НА КЛІНІЧНОМУ ПРИКЛАДІ)

Вступ. Кислотозалежні захворювання складають значну частину серед гастроентерологічних захворювань. Точна діагностика та ефективно підібрана терапія в кінцевому результаті визначають перебіг захворювання і прогноз пацієнта [4, 5]. За останні роки появилась удосконалена медична електронна техніка, яка суттєво розширила уявлення не тільки про стан кислотопродукуючої функції шлунка, але і про характер моторних порушень зі сторони верхнього відділу ШКТ. У даний час оцінка секреторної функції шлунка із

застосуванням рН-метрії є найбільш інформативною і досконалою. Внутрішньошлункова рН-метрія розглядається як фізіологічний метод, оскільки не впливає на роботу та умови роботи шлунка, не стимулює секреторну функцію, не провокує появу патологічних рефлексів [3]. З погляду практики лікування за допомогою даного методу можна оцінити ефективність різних антацидних препаратів, а також нових і потужних інгібіторів шлункової секреції, в тому числі пролонгованої дії. Виконання внутрішньошлункової рН-метрії та її ретельна оцінка бувають дуже цінними при вирішенні питань лікарської тактики у складних і невизначених випадках. До таких проблемних для лікаря ситуацій відноситься виявлення у пацієнта інсуломи [1, 6].

Інсулома - гормонально-активна пухлина, яка розвивається з базофільних інсулоцитів (бета-клітин) панкреатичних острівців і продукує надлишкову кількість інсуліну, що проявляється нападами гіпоглікемічних симптомів. Вперше інсулому описав в 1902 р. Ніколс, коли виявив цю пухлину при автопсії. Через 2 роки Л.В. Соколов виявив її у пацієнта з цукровим діабетом та описав як гіпертрофію і гіперплазію острівцевих клітин. У 85-90% випадків є солідарною доброякісною пухлиною, 10-15% пухлини множинні, 1% - розташовуються поза підшлунковою залозою (ворота селезінки, печінка, стінка дванадцятипалої кишки або шлунка, сальник та ін.). Таке розташування і гормональна активність інсуломи часто призводить до довготривалої клінічної невизначеності щодо діагнозу і лікувальної тактики [2, 6].

Мета: на клінічному прикладі продемонструвати діагностичну цінність використання рН-метрії при кислотозалежному поліморбідному стані пацієнта з метою визначення лікарської тактики.

Клінічний випадок: Пацієнт С., 45 років. У серпні 2016 р. вперше відмітив напад гіпоглікемії. Після клінічного обстеження було виставлено діагноз: Інсулома голівки підшлункової залози T2N0M0, II стадія, Па клінічна група. 10.04.2017 р. - була здійснена атипична резекція голівки підшлункової залози з інсуломою. Стан тимчасово покращився, але в серпні 2017 р. знову почав відмічати напади гіпоглікемії.

У квітні 2018 р. було виконано No-touch пілорусзберігаючу панкреатодуоденальну резекцію за Nagai (схему оперативного втручання подано на рис. 1).1

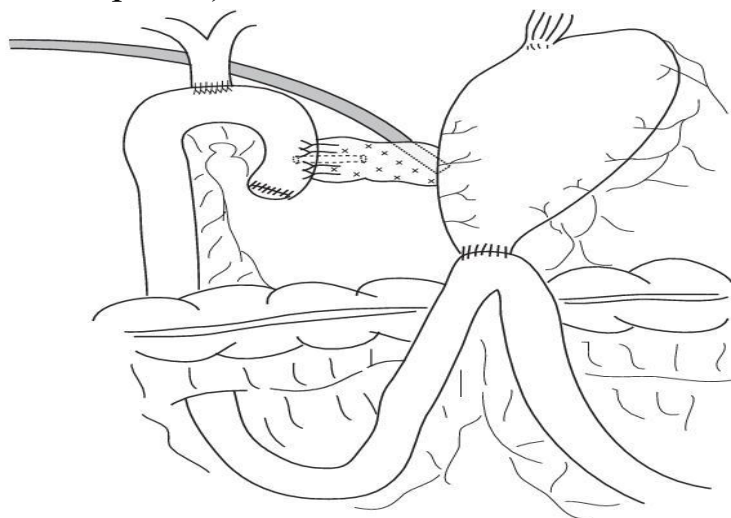


Рисунок 1. Схема No-touch пілорусзберігаючої панкреатодуоденальної резекції за Nagai.

У травні 2018 р. проходив стаціонарне лікування з приводу наступного клінічного діагнозу: Інсулома голівки підшлункової залози T2N0M0, II стадія, Па клінічна група. Гострий післяопераційний панкреатит культі підшлункової залози. Зовнішня панкреатична нориця. Хронічний гастродуоденіт.

У червні 2018 р. пацієнту було виконано малоінвазивну холецистектомію з приводу гострого каменевого холециститу, після чого стан його покращився

На момент звернення (березень 2019 р.) пацієнт висловлює скарги на печію, часті закрепи, які чергуються проносами, неприємний запах з рота, іноді гіркоту. За даними езофагогастродуоденоскопії - Хронічний гастродуоденіт 3ст. Дуодено-гастральний рефлюкс. При УЗД органів черевної порожнини - печінка не збільшена, 172 мм, однорідна, середньозерниста, дещо ущільнена; холедох – 7 мм, портална вена – 12 мм; жовчний міхур відсутній, у ложі - без особливостей; підшлункова залоза збільшена 21×9×21 мм, контури чіткі, нерівні, з явищами фіброзу; селезінка не збільшена 106×35 мм, однорідна, селезінкова вена – 6 мм; наднирники - без особливостей; нирки - паренхіма збережена, містять солі 3 мм, ЧМК не розширений, сечоводи не розширені; стінка шлунка 4,7 мм, рихла; кишечник -

перистальтика збережена, випоту немає. Було виявлено позитивний антиген на *Helicobacter pylori* у калі, при дихальному тесті на *Helicobacter pylori* - результат негативний.

При внутрішньошлунковій рН-експрес-діагностиці (результати у табл. 1 і на рис. 2) отримано висновок про виражену гіпоацидність. Поширеність показників рН у функціональних інтервалах (ФІ) виражена у відсотковому значенні при введенні, виведенні та у загальному підрахунку (результат: домінуючий ФІ 1 вказує на виражену гіпоацидність 70,0%). Таке заключення зроблено на тлі наявності дуоденогастроезофагельних рефлексів і відміни протягом тижня прийому інгібітора протонної помпи пантопразолу (нольпази), яку довготривало до цього приймав пацієнт у дозі 20 мг один раз на добу.

Таблиця 1.

Поширеність показників рН у ФІ під час першої рН-експрес-діагностики пацієнта С.

| | Введення | Виведення | Загальне |
|---------------|-----------------|------------------|-----------------|
| ФІ рН | п -% | п -% | п -% |
| 5 (0.86-1.30) | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 |
| 4 (1.30-1.60) | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 |
| 3 (1.60-2.30) | 1 - 5.0 | 0 - 0.0 | 1 - 2.5 |
| 2 (2.30-3.60) | 1 - 5.0 | 3 - 15.0 | 4 - 10.0 |
| 1 (3.60-7.00) | 18 - 90.0 | 10 - 50.0 | 28 - 70.0 |
| 0 (7.00-8.50) | 0 - 0.0 | 7 - 35.0 | 7 - 17.5 |

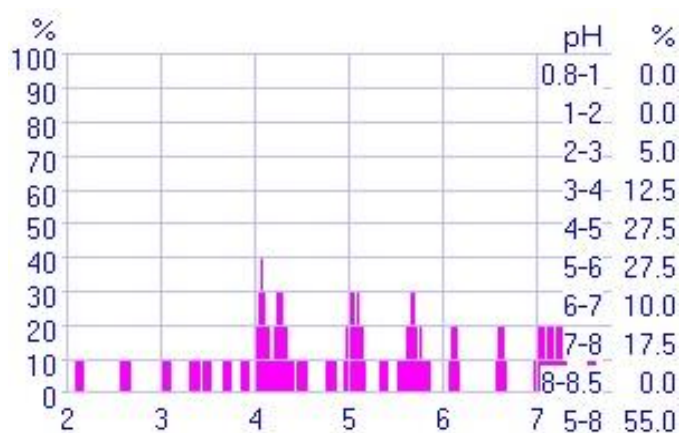


Рисунок 2. Динамічне графічне зображення поширеності значень рН у кожному ФІ (перша рН-експрес-діагностика пацієнта С.)

У ході проведення рН-експрес-моніторингу повторне проведення внутрішньошлункової рН-метрії (результати у табл. 2 і на рис. 3) на тлі відміни нольпази протягом одного місяця також показало результат на рівні вираженої гіпоацидності. Поширеність показників рН у ФІ виражена у відсотковому значенні при введенні, виведенні та у загальному підрахунку (результат: домінуючий ФІ 1 вказує на виражену гіпоацидність-57,1%).

Таблиця 2

Поширеність показників рН у ФІ під час повторної рН-експрес-діагностики пацієнта С.

| | Введення | Виведення | Загальне |
|---------------|-----------------|------------------|-----------------|
| ФІ рН | n -% | n -% | n -% |
| 5 (0.86-1.30) | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 |
| 4 (1.30-1.60) | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 |
| 3 (1.60-2.30) | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 | 0 - 0.0 |
| 2 (2.30-3.60) | 12 - 57.1 | 7 - 33.3 | 19 - 45.2 |
| 1 (3.60-7.00) | 9 - 47.6 | 14 - 71.4 | 23 - 57.1 |
| 0 (7.00-8.50) | 0 - 4.7 | 0 - 4.7 | 0 - 2.3 |

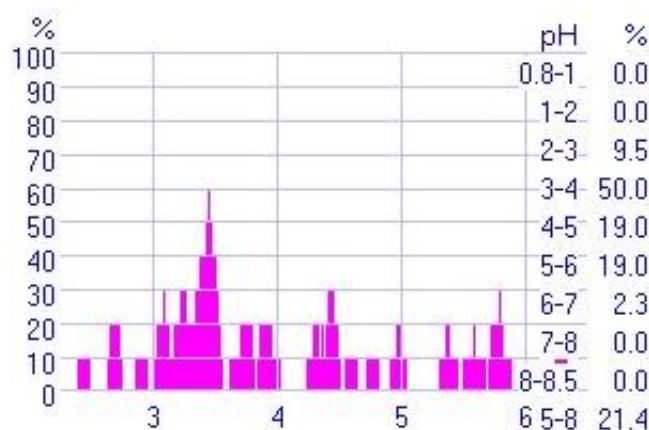


Рисунок 3. Динамічне графічне зображення поширеності значень рН у кожному ФІ (повторна рН-експрес-діагностики пацієнта С.)

Про висновок щодо гіпоацидності шлунка свідчать отримані значення домінуючих функціональних інтервалів (ФІ), на які припадає найбільша кількість показників виміру рН в обидвох обстеженнях. Вони відповідають гіпоацидності шлунка, оскільки із 40 показників внутрішньошлункової експрес-рН-метрії найбільша кількість рН в обидвох обстеженнях відповідає першому ФІ (рН від

3,6 до 7,0), що свідчить про виражену гіпоацидність шлунка. Моніторинг показує наявність поступового зниження глибини гіпоацидності шлунка у пацієнта, однак на даний момент рекомендація щодо відміни інгібітора протонної помпи залишається у силі. Стан пацієнта покращився, зменшилась частота чергувань закріпів з проносами, хоча ще зберігаються явища порушення випорожнень і періодичної гіркоти у роті.

Для більш точної діагностики і динамічного спостереження рекомендовано добовий рН-імпеданс моніторинг для уточнення секреторної активності шлунка пацієнта і наявності можливого зв'язку симптомів печії та гіркоти із рефлюксами. Для визначення доцільності прийому атисекреторної терапії пацієнтом рекомендовано динамічні проведення експрес-рН-метрії.

Висновки: 1. Призначення протокольної терапії у хворих з кислотозалежними захворюваннями навіть при позитивному тесті на *Helicobacter pylori* потребує додаткового визначення кислотності шляхом виконання внутрішньошлункової рН-експрес діагностики.

2. Аналіз даного клінічного випадку з виконанням рН-метрії підтвердив вищу діагностичну цінність дихального тесту на *Helicobacter pylori* у порівнянні з виявленням позитивного анигену у калі.

3. Результат виконання рН-метрії у даному клінічному випадку став підґрунтям для відміни антисекреторного препарату пантопразолу.

Література:

1. Баранов С. А. Поджелудочная железа как единый функционально взаимодействующий орган / С. А. Баранов, В. М. Нечаев // Медицинский совет. - 2017. - №11. - С. 148-151.
2. Ендокринні пухлини підшлункової залози // А.В. Кочатков, А.Г. Крігер, Д.С. Горін, А.Н. Лебедева / Хірургія. - №9, 2010. – С. 19-22.
3. Передерій В. Г. Практична гастроентерологія. Сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами: посібник для лікарів / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця: Нова Книга, 2012. - 730 с.
4. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / 4-е издание, дополненное, под ред. А.Н. Беловол, Г.Д. Фадеенко, О.Я. Бабак // Киев: «Здоров'я України». - 2015, т. 1 – 240 с., т. 2 – 446 с.

5. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії / За ред. проф. Ю.М. Мостового. - 23-е вид., доп. і перероб. – Київ: Центр ДЗК. 2018 – 1100 с.
6. Сучасні технології в діагностиці та лікуванні інсуліноми // А.А. Кривко, Г.А. Мельниченко, Н.С. Кузнецов, Е.А. Трошин, І.І. Дідів. - Проблеми ендокринології. - №5, 2013. – С. 17-19.

Бабінець Л.С., Онуфрик З.Я.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА КАФЕДРІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ТЮТЮНОПАЛІННЯ, ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНІ І БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ

Вступ. Актуальність. Хронічний панкреатит (ХП) у курців спостерігається в 2 рази частіше, ніж у некурців, а ризик розвитку захворювання зростає залежно від кількості викурених сигарет, причому у більш молодому віці, що сприяє виснаженню запасів вітамінів С і А, а також знижує вміст інших антиоксидантів, що зумовлює пошкодження тканини підшлункової залози (ПЗ) вільними радикалами [1, 5, 16, 21]. Низка дослідників дійшли до висновку, що тютюнопаління (ТП) поряд з алкоголем є одним із найбільш значимих етіологічних факторів розвитку ХП [9, 15, 17, 21].

Дослідження останніх років довели, що секреція шлунково-кишкового тракту (ШКТ) під впливом ТП дуже варіює [7]. Нікотин впливає на екзокринну секрецію ПЗ, адже зміна рівнів базальної циркуляції гормонів ШКТ- холецистокініну, сироваткових ферментів (амілази і ліпази), панкреатичної секреторної функції - пов'язана зі змінами функціональної активності ПЗ [3, 15]. Так, зниження сироваткової антитрипсинової активності може значно впливати на легені, печінку і ПЗ як на органи-мішені, де цей фермент або синтезується, або здійснює свій вплив. Дослідження, проведені на щурах і мишах, показали, що основними морфологічними змінами ПЗ під впливом нікотину, церулеїну і дієти (нестача холіну і надлишок метіоніну) є цитоплазматична вакуолізація, клітинний інтерстиціальний набряк, фрагментація ядер [3, 7]. Поява

цитоплазматичних вакуолей в екзокринній частині ПЗ - перша фаза її пошкодження. Вакуолі містять травні і лізосомальні ферменти, локалізовані в їхньому кислому середовищі. При активації ензими перетворюються на активні протеази, що сприяють ушкодженню ПЗ. Елементи, що містяться в панкреатичних клітинах, є факторами синтезу, зберігання й переміщення (сумісної локалізації) травних ферментів, задіяних у розвитку ХП [12]. Під впливом ТП знижується панкреатична секреція бікарбонатів, що призводить до підвищення в'язкості панкреатичного соку [12, 13].

ТП є загальновідомим фактором виникнення злоякісних пухлин різних локалізацій, особливо при тривалому анамнезі його, що посилює негативний прогноз щодо розвитку малігнізації при ХП, оскільки доведено, що ХП - це передраковий стан: 20-річний перебіг цієї патології підвищує ризик раку ПЗ у 5 разів [1, 5, 16, 19, 20].

Тютюнова залежність включена до рубрики МКХ-10 «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» [6, 7]. За останніми даними, в Україні 45% чоловіків і 8% жінок курить щодня [1, 5, 12]. Тому вивчення впливу ТП на клінічний перебіг ХП, лабораторні параметри пацієнтів і показники якості життя при ХП є актуальним.

Мета дослідження – дослідити вплив тютюнопаління на основні загальноклінічні та біохімічні параметри і показники ендотоксикозу пацієнтів із хронічним панкреатитом.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 64 амбулаторних пацієнта у фазі нестійкої та стійкої ремісії: 21 - із ізольованим ХП і 43 - із ХП на тлі супутнього ТП; контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (пацієнти спостерігались у Заліщицькому Центрі ПМСД Тернопільської області). Джерелом інформації слугували «Медичні карти амбулаторного хворого» (ф. 025/о). Вік хворих - від 25 до 70 років, у середньому - (47 ± 13) років, серед них - 28 чоловіків і 36 жінок.

Діагноз ХП встановлювали за клініко-статистичною класифікацією (Інститут гастроентерології НАМН України, 2003), а також Наказу МОЗ України №638 від 10.09.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті» на підставі

анамнезу, клінічних проявів, лабораторних даних, результатів ультразвукового дослідження органів черевної порожнини [4, 6].

Анамнез паління розраховували в одиницях «пачки-роки» (одна пачка складала 20 цигарок), яку визначали за формулою:

Кількість пачко/років = кількість цигарок за день × число років /20 (1).

Якщо даний показник перевищував 25 пачко/років, то хворого відносили до «злісних» курців, досягав 10 пачко/років - відносили до категорії «безумовних» курців [3, 6].

Усім хворим були проведені стандартні загальноклінічні обстеження: загальний аналіз крові та сечі, розгорнутий біохімічний аналіз крові.

Загальний аналіз крові проводили на гемоаналізаторі із визначенням концентрації гемоглобіну в крові гемоглобінціанідним методом з реєстрацією оптичної густини на спектрофотометрі СФ-44 при довжині хвилі 560 нм в кюветі з довжиною шляху 1 см. Ступінь тяжкості анемії визначали за критеріями А.Б. Альперіна (1983), Ю.Г. Мітерева і Л.Н. Вороніної (1992) [6, 9].

Рівень α -амілази в крові та α -амілази (діастази) в сечі визначали за загальноприйнятими в клініці методами. За норму вважали: рівень α -амілази в крові (за методом Каравея) – 12,0-32,0 мг/(год×мл) і α -амілази (діастази) в сечі – 20,0-160,0 мг/(год×мл). Показники білкового обміну в сироватці крові визначали за допомогою наборів Lachema наступними методами: загальний білок – за біуретовим методом, альбумін – за реакцією з бром крезолом зеленим. Визначали вміст глюкози в крові натще глюкозооксидазним методом, вважаючи за норму показник 4,44-5,55 ммоль/л [10, 14].

Оцінка ендогенної інтоксикації (ЕІ) проводилась за рівнями молекул середньої маси (МСМ₁ і МСМ₂) за методом Габрієляна при довжинах хвиль 254 і 280 нм. Рівень ЕІ (РЕІ) визначали за методом Тогайбаєва, в основі якого лежить уявлення про еритроцити як про універсальний адсорбент. Стан імунної активності визначали за рівнем циркулюючих імунних комплексів (ЦК), що визначали методом селективної преципітації із наступним фотометруванням [2, 8, 11].

Результати та їх обговорення. Аналіз групи хворих на ХП із супутнім ТП засвідчив, що серед курців переважали «злісні» (39,50%)

і «безумовні» (34,88%) курці (дані у табл. 1). Це дозволяє вважати достовірно впливовим вплив ТП на стан здоров'я пацієнтів з ХП, що засвідчує вірогідність отриманих даних щодо впливу ТП на показники, що аналізуються.

Таблиця 1.

Розподіл активних курців із ХП за стажем ТП

| Кількість пацієнтів | Стаж ТП, пачко-роки | | |
|---------------------|---------------------|-------|-----------|
| | до 10 | 10-20 | більше 20 |
| Абсолютна, особи | 11 | 15 | 17 |
| відносна, % | 25,58 | 34,88 | 39,50 |

Аналіз клінічних синдромів довів, що ТП негативно впливало на клінічну симптоматику ХП у фазі нестійкої ремісії за рахунок більш інтенсивних проявів диспепсичного (на 14,4%), больового (на 7,5%) і астено-невротичного (на 31,1%) синдромів у порівнянні з такими у некурців ($p < 0,05$).

При оцінці результатів загальноклінічних і біохімічних обстежень (дані у табл. 2) пацієнтів з ХП обох груп було виявлено їх достовірну відмінність стосовно таких у здорових людей.

Таблиця 2.

Порівняльний аналіз загальноклінічних і біохімічних показників при ХП в залежності від наявності ТП

| Показник | Група пацієнтів з ХП | | |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| | контроль (n=30) | пацієнти із ХП (n=21) | пацієнти із ХП і ТП (n=43) |
| Еритроцити, $10^{12}/л$ | 4,35±0,05 | 3,54±0,06* | 3,37±0,04*^ |
| Гемоглобін, г/л | 130,82±1,21 | 114,42±1,59* | 100,11±1,43*^ |
| Лейкоцити, $10^9/л$ | 5,71±0,10 | 6,35±0,20* | 7,28±0,35*^ |
| ШОЕ, мм/год | 5,58±0,36 | 8,47±0,56* | 10,23±0,54*^ |
| Загальний білок, г/л | 84,03±0,31 | 72,42±1,79* | 67,84±0,58*^ |
| Глюкоза крові, ммоль/л | 4,74±0,10 | 4,82±0,12 | 4,78±0,14 |
| Амілаза крові, мг/год×мл | 28,76±0,82 | 43,26±1,21* | 48,78±0,20*^ |
| Діастаза сечі, г/(год×л) | 74,85±3,64 | 147,34±7,94* | 155,93±4,57* |

Примітка:
 1. * $p < 0,05$ – різниця показників достовірна порівняно з такими у групі контролю;
 2. ^ $p < 0,05$ – різниця показників достовірна порівняно з такими у групі пацієнтів із ХП.

При ХП в обох групах було виявлено анемію легкого ступеня, відносне зниження кількості еритроцитів, відносне підвищення кількості лейкоцитів і ШОЕ, зниження вмісту білка в крові, підвищений рівень амілази в крові і діастази сечі. Це дозволило зробити висновок про те, що у хворих на ХП порушення різних ланок обміну речовин і торпідний запальний процес проявлялися навіть у фазі ремісії. Встановити достовірно більш глибокі зміни параметрів пацієнтів з ХП і супутнім ТП у порівнянні із такими без ТП. За отриманими даними, поєднання ХП і ТП сприяло поглибленню анемічного синдрому і виснаженню вісцерального пулу білка за показником загального білка у сироватці крові, а також більш значній інтенсивності запального процесу у ПЗ за вмістом амілази у крові. Слід зазначити, що кількість лейкоцитів і ШОЕ були вірогідно вищими у групі курців, проте вони не виходили за межі коридору норми.

Проаналізували параметри анемії за даними загального аналізу крові при ХП в залежності від наявності анемії. За триманими даними, серед 43 обстежених пацієнтів із ХП у поєднанні із ТП анемія різного ступеня тяжкості (рівень гемоглобіну нижчий за 119 г/л) була виявлена у 38 особи (88,37%). Нормальний рівень гемоглобіну (120-130 г/л) спостерігався лише у 5 пацієнтів (11,63%). Латентну анемію (рівень гемоглобіну 110-119 г/л) виявили у 15 пацієнтів (34,88%), анемію легкого ступеня (рівень гемоглобіну 90-109 г/л) – у 18 пацієнтів (41,86%) та анемію середньої тяжкості – у 5 пацієнтів (11,63%). Анемії тяжкого ступеня виявлено не було. У групі пацієнтів із ХП без ТП анемію було діагностовано у 15 осіб (71,42%), із них латентну анемію – у 5 хворих (23,8%), анемію легкого ступеня – у 10 хворих (47,61%). Анемії середньої тяжкості та тяжкої виявлено не було. На нашу думку, причиною анемії при ХП із ТП є накопичення сироваткових цитокінів і хемокінів, які токсично діють на еритроцити, скорочуючи при цьому тривалість їх життя, порушуючи мобілізацію і утилізацію заліза, знижуючи відповідь кісткового мозку на дію еритропоетину. Крім того, за літературними даними, відомо, що анемічний синдром є одним із проявів ТП, який прогресує при поєднаному перебігу обох захворювань [9, 18].

Згідно із сучасними уявленнями, порушення посилення ЕІ є однією з ланок патогенезу як ХП, так і ТП, а також предиктором розвитку ТН при ХП. Вважали актуальним дослідити зміни параметрів ЕІ у хворих із поєднанням ХП і ТП (дані у табл. 3).

Таблиця 3.

Показники ендогенної інтоксикації при ХП у залежності від наявності тютюнопаління

| Показник ЕІ | контроль (n=30) | Група пацієнтів з ХП | |
|------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| | | пацієнти із ХП (n=21) | пацієнти із ХП і ТП (n=43) |
| РЕІ,% | 28,13±1,18 | 45,20±2,84* | 57,16±3,04*^ |
| МСМ ₁ | 335,71±1,96 | 437,12±12,57* | 478,26±15,05*^ |
| МСМ ₂ | 147,74±1,33 | 219,64±12,52* | 232,47±5,69* |
| ЦК, ум.од. | 64,45±1,18 | 169,44±3,72* | 198,61±6,38*^ |

Примітка:

1. * $p < 0,05$ – різниця показників достовірна порівняно з такими у групі контролю;
2. ^ $p < 0,05$ - різниця показників достовірна порівняно з такими у групі пацієнтів із ХП.

Встановили вірогідне зростання РЕІ у хворих на ХП обох груп стосовно групи контролю: на 60,71% у некурців і на 102,19% у курців. Отже, наявність ТП вірогідно негативно впливало на даний показник ($p < 0,05$). Аналіз вмісту у крові МСМ₁ у курців і некурців з ХП виявив значне їх підвищення в обох групах. Проте, спостерігали більш високий вміст МСМ₁ стосовно групи здорових у групі курців проти такого у некурців - на 42,46% проти 30,20%. Показник МСМ₂ був підвищений в обох групах, проте вірогідного впливу ТП на нього виявлено не було.

Також при ХП, як із супутнім ТП, так і без нього, було виявлено достовірно вищий рівень ЦК стосовно групи контролю, що свідчило про наявність торпідного запального процесу при даній патології навіть поза загостренням. При ХП із супутнім ТП рівень ЦК був достовірно вищим від такого показника у групі без ТП. На нашу думку, підвищений рівень ЦК при ХП із ТП пов'язаний із накопиченням продуктів катаболізму білка при деструктивно-дистрофічних процесах у ПЗ і бронхолегеневій системі у курців, адже показник ЦК є індикатором ЕІ і ознакою активації імунної системи, що також посилюється при коморбідності ХП із ТП.

Висновки: 1) довели, що тютюнопаління негативно впливало на клінічний перебіг хронічного панкреатиту поза загостренням за рахунок наявності проявів диспепсичного (на 14,4%), больового (на 7,5%) і астено-невротичного (на 31,1%) синдромів у більшій кількості пацієнтів-курців у порівнянні з такими у некурців ($p < 0,05$); 2) поєднання ХП і ТП сприяло поглибленню анемічного синдрому (наявність анемії 88,37% у групі з ТП проти 71,42% у групі без ТП; латентної анемії – відповідно 34,88% проти 23,80%; легкого ступеня 41,86% проти 47,61%; середнього ступеня 11,63% у групі курців при відсутності такої у групі некурців) і виснаженню вісцерального пулу білка за показником загального білка, а також більш значній інтенсивності запального процесу у ПЗ за вмістом амілази у крові у порівнянні з аналогічними параметрами пацієнтів-некурців; 3) встановили вірогідно вищий рівень ендогенної інтоксикації пацієнтів з хронічним панкреатитом стосовно групи контролю (на 60,71% - у некурців і на 102,19% - у курців), більш високий вміст МСМ₁ стосовно групи здорових у групі курців проти такого у некурців - на 42,46% проти 30,20%, а також більш високий рівень циркулюючих імунних комплексів у групі курців проти такого у некурців ($p < 0,05$).

Література:

1. Бабінець ЛС., Пінкевич ЗЯ. (2013). Клініко-патогенетичне обґрунтування впливу тютюнопаління на клінічний перебіг хронічного панкреатиту. *Здоров'я України*, №4, 46–48.
2. Бабінець ЛС, Галабіцька ІМ, Коцаба ЮЯ, Боровик ІО, Мігенько БО, Рябоконт СС, Цибульська ЛС. (2018). Вплив активності системи протеолізу на трофологічний статус хворих на остеоартроз та ексреторну недостатність підшлункової залози. *Wiadomosci lekarskie* (Варшава, Польща: 1960), 71 (2 pt 1), 273-276.
3. Пікас ОБ. (2016). Куріння цигарок серед населення та його роль у розвитку захворювань. *Вісник проблем біології і медицини*, Вип. 1, Том 1, №126, 48-52.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті Наказ МОЗ України від 10.09.2014 №638 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140910_0638.html.
5. Степанов ЮМ, Гравировская НГ, Скирда ІЮ, Петишко ОП (2014). Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии (современная эпидемиология). *Гастроэнтерология*, №3, 7–14.

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д. мед. н., проф. ЮМ. Мостового, 26-е вид., доп. і перероб. Вінниця, 2012, 792 с.
7. Andriulli A. et al. (2010). Smoking as a cofactor for causation of chronic pancreatitis: a meta-analysis. *Pancreas* 39, 1205-1210.
8. Babinets LS, Halabitska IM. (2019). The trophological status of patients with osteoarthrosis and excretory insufficiency of pancreas. *Health of Society*, 8(2), 41-44.
9. Bang UC, Benfield T, Hyldstrup L, Bendtsen F, Beck Jensen J E. Mortality, cancer, and comorbidities associated with chronic pancreatitis: a Danish nationwide matched-cohort study. *Gastroenterology* 146, 989-994, <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.12.033> (2014).
10. De-Madaria E. et al. (2013). The Spanish Pancreatic Club's recommendations for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: part 2 (treatment). *Pancreatology* 13, 18-28.
11. Dutch Chronic Pancreatitis Registry (CARE): Design and rationale of a nationwide prospective evaluation and follow-up / U. Ahmed Ali, Y. Issa, H. van Goor [et al.] (2015). *Pancreatology*, Vol. 15, №1, 46-52.
12. Han S. et al. (2018). Quality of life comparison between smokers and non-smokers with chronic pancreatitis. *Pancreatology: official journal of the International Association of Pancreatology*, 2018, 269-274, <https://doi.org/10.1016/j.pan.2018.02.012>.
13. Hoffmeister A et al. (2015). English language version of the S3-consensus guidelines on chronic pancreatitis: definition, aetiology, diagnostic examinations, medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis. *Zeitschrift Gastroenterol.* 53, 1447-1495.
14. Ito T. et al. (2016). Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis. *J. Gastroenterol.* 51, 85-92.
15. Lee AT et al. (2015). Alcohol and cigarette smoke components activate human pancreatic stellate cells: implications for the progression of chronic pancreatitis. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 39, 2123-2133.
16. Machicado JD et al. (2017). Quality of life in chronic pancreatitis is determined by constant pain, disability/unemployment, current smoking, and associated co-morbidities. *Am. J. Gastroenterol.* 112, 633-642.
17. *Pancreatic disease: basic science and clinical management* / CD Johnson, CW Imrie. - London: Springer-verlag Ltd, 2014. - 490 p.
18. Rodrigues-Pinto E, Caldeira A, Soares JB, et al. (2019). Clube Português do Pâncreas Recommendations for Chronic Pancreatitis: Etiology, Natural History, and Diagnosis (Part I) [Recomendações do Clube Português do Pâncreas sobre Pancreatite Crónica: Etiologia, História Natural e Diagnóstico (Parte I)]. *GE Port J Gastroenterol.*, 26(5):346–355. doi:10.1159/000497388
19. United European Gastroenterology evidence based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU) / JM Lohr, E Dominquez-Munoz, J Rosendahl [et al.] (2017). *United Eur. Gastroenterol. J.*, Vol. 5, No 2, 1-47.

20. Whitcomb DC et al. (2016). Chronic pancreatitis: an international draft consensus proposal for a new mechanistic definition. *Pancreatology*, 16, 218-224.
21. Yadav D, Whitcomb DC. (2010). The role of alcohol and smoking in pancreatitis. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 7, 131-145.

Мандзій З.П.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ГОШЕ

За ініціативою Європейського комітету експертів із рідкісних захворювань (The European Union Committee of Experts on Rare Diseases), починаючи з 2008 року в останній день лютого відзначається Міжнародний День рідкісних (орфанних) захворювань.

Гасло Міжнародного Дня рідкісних хвороб 2020 року «Нас багато, ми сильні і горді».

Україна також стала однією з перших країн, яка підтримала цю подію та продовжує бути офіційним партнером європейської організації EURORDIS.

Метою цього Дня є привернення уваги громадськості до проблем людей, які хворі на рідкісні захворювання, а також підвищення обізнаності лікарів про рідкісні хвороби та їх вплив на життя людей.

На сьогодні визнано від 5000 до 8000 нозологічних форм орфанних захворювань, а у світі щотижня описується приблизно 5 нових патологічних станів, однак лише 250 з них мають свій шифр у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Реєстр орфанних захворювань в Україні містить 171 захворювання із зазначенням кодів МКХ-10, відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань» від 27.10.2014 р. №778. Більшість орфанних захворювань діагностують у ранньому віці, у 35% випадків вони стають причиною смерті малюків до року, у 10% — дітей у віці до 5 років, у 12% - у віці від 5 до 15 років [1].

Орфанні хвороби — це вроджені або набуті захворювання, які трапляються вкрай рідко — рідше ніж один випадок на 2000

населення країни, 80% цих захворювань генетично обумовлені. Вони супроводжуються формуванням дегенеративних змін в органах і системах, які приводять не лише до тяжкого, прогресуючого і хронічного перебігу, але й до зниження якості і життя внаслідок розвитку глибокої інвалідизації. Такі люди зазвичай потребують дороговартісного, безперервного та пожиттєвого лікування.

Серед них — муковісцидоз, первинні імунодефіцити, хвороба Гоше, хвороба Помпе, фенілкетонурія, мукополісахаридоз, легенева артеріальна гіпертензія, бульозний епідермоліз та інші.

Хвороба Гоше – спадкове захворювання, яке належить до хвороб накопичення. В його основі лежить спадковий дефіцит активності ферменту глюкоцереброзидази, який бере участь у переробці продуктів клітинного метаболізму і відноситься до лізосомних патологій. У результаті недостатньої активності цього ферменту в макрофагах накопичуються непереробні продукти метаболізму, при цьому клітини набувають характерного вигляду клітин Гоше, або «клітин накопичення». Так як у цих клітинах відбуваються видозміни, а вони знаходяться в селезінці, печінці, кістках скелету, кістковому мозку, легенях, то вони, в свою чергу, накопичуються у цих органах, приводячи до їх збільшення та деформації, порушуючи функцію останніх. Звідси термін - «хвороба накопичення» [1,2]. Вперше ці зміни описано в 1882 році Пилипом Шарлем Ернстом Гоше, який виявив характерні клітини, що накопичують нерозщеплені жири, у хворого зі збільшеною селезінкою [3].

На сьогодні існують абсолютно різні дані про частоту даного захворювання. В більшості випадків фахівці стверджують, що хвороба зустрічається один раз на десятки тисяч випадків. В Україні хвороба Гоше вважається дуже рідкісним захворюванням. Крім цього, зазначається, що захворювання першого типу дуже часто зустрічається у людей в етнічній групі євреїв ашкеназі, але все ж може виникати у людей і інших етнічних груп. Хвороба Гоше зустрічається з частотою 1:40000 - 1:60000 у представників усіх етнічних груп, а в популяції євреїв Ашкеназі частота цього захворювання досягає 1:450 [4].

Головною причиною хвороби вважається мутація гена глюкоцереброзидів, причому в організмі людини присутній два таких

гена. Наприклад, якщо один такий ген здоровий, а другий ген уражений, то людина стає носієм захворювання хвороби Гоше. Ризики народження дитини із захворюванням Гоше у здорових батьків можливі в тому випадку, коли мати і батько є носіями вже ураженого гена. Вся складність полягає в тому, що та людина, яка стала носієм гена, не може відчувати симптоми хвороби, тому взагалі не замислюється про необхідність генної експертизи.

Хвороба Гоше називається ще хворобою накопичення із-за недостатності ферменту, який повинен виводити шкідливі продукти обміну з організму, а не накопичувати їх. В результаті цього ці речовини збираються в макрофагах деяких органів і руйнують їх.

Основні клінічні прояви хвороби Гоше зумовлені накопиченням клітин, що перевантажені продуктами метаболізму, (селезінка, печінка) і/або порушення структури й функції (кістки, кістковий мозок, легені). Порушення роботи макрофагів приводить до розвитку анемії, кровоточивості, дистрофії, крихкості кісток, больових кризів. Найбільш типовими клінічними проявами хвороби Гоше є збільшення розмірів селезінки й печінки, розвиток анемії, тромбоцитопенії, рецидивні болі в кістках або розвиток раптових інтенсивних нападів оссалгій. Останні супроводжуються фебрильною лихоманкою й місцевими ознаками гострого запалення у вигляді набряку, гіперемії, що нагадує картину остеомиєліту. Інколи хвороба може вперше проявитися переломами кісток внаслідок незначної травми. Ураження кісток визначає прогноз захворювання й інколи може привести до тяжкої інвалідизації з порушенням рухової функції внаслідок численних патологічних переломів, деформації кісток і суглобів та необхідністю протезування зруйнованих кульшових або плечових суглобів [5].

Клінічна картина захворювання характеризується трьома типами.

– I тип характеризується відсутністю ознак ураження нервової системи, тому він відноситься до гематологічного перебігу хвороби. В першу чергу, відбувається збільшення багатьох паренхіматозних органів, на першому місці серед яких знаходиться селезінка. Пізніше спостерігаються візуальні деформації з боку кісток. Частіше цей тип захворювання зустрічається серед дорослих.

– II тип (гострий нейропатичний) - зустрічається у дітей раннього віку й відрізняється тяжким ураженням головного мозку, при цьому хворі рідко доживають до дворічного віку; - III тип (хронічний нейропатичний) - поєднує більш різнорідну групу хворих, у яких ознаки ураження нервової системи можуть проявлятися як у ранньому, так і в підлітковому віці [2,5].

Тип I є найбільш частим клінічним варіантом хвороби Гоше й зустрічається як у дітей, так і у дорослих. Середній вік хворих на момент діагностики захворювання варіює від 10 до 40 років. Спектр клінічних проявів дуже широкий: з одного боку - «безсимптомні» пацієнти, коли захворювання випадково виявляється при диспансерному обстеженні, з іншого боку - хворі з тяжким перебігом хвороби, масивним збільшенням печінки й селезінки, тяжкою анемією й тромбоцитопенією, вираженим виснаженням і розвитком тяжких, життєво небезпечних ускладнень (кровотечі, розриви й інфаркти селезінки, деструкція кісток). У проміжку між цими клінічними групами перебувають хворі з помірною анемією й майже нормальним складом крові, з наявністю або без ураження кісток [7].

Діагноз хвороби Гоше встановлюється на підставі біохімічного аналізу активності ферменту - кислої глюкоцереброзидази в лейкоцитах крові [1,8]. Зниження активності ферменту менш ніж на 30% від нормального рівня підтверджує діагноз. Додатковим біохімічним маркером, що є характерним для хвороби Гоше, виступає значне підвищення активності хітотріозидази в сироватці крові. Діагноз хвороби Гоше можна встановити за допомогою молекулярного аналізу гена глюкоцереброзидази. Однак складність і висока вартість цього дослідження обмежують його використання науковими цілями й рідкими випадками важкої діагностики хвороби Гоше [3,6].

Морфологічне дослідження кісткового мозку дозволяє виявити характерні діагностичні елементи - клітини Гоше й одночасно виключити діагноз іншого захворювання системи крові, а саме, лейкемії, лімфоми, множинні міеломи і ін.

Рентгенографія кісток скелету необхідна для виявлення й оцінки ступеня ураження кістково-суглобової системи. Зміни кісткової тканини можуть бути представлені дифузним остеопорозом,

характерною колбоподібною деформацією стегнових кісток («колби Ерленмейера»), вогнищами остеолізису, остеосклерозу й остеонекрозу. Більш чутливими методами діагностики ураження кісток є ультразвукова денситометрія й магнітно-резонансна томографія, що дозволяють виявити ураження кісток на ранніх стадіях, які не доступні визначенню за допомогою рентгенографії [7].

Ще зовсім недавно хвороба Гоше лікувалась за його симптомами: видалялась селезінка або проводилися операції при патологічних переломах. Але в 1991 році в США з'явився перший медичний препарат аглюцераза, який використовується для лікування хвороби. Це захворювання стало першим серед хвороб накопичення, яке піддалося впливу ферментозамісної терапії. Пізніше, у 1994 році, появився препарат іміглюцераза (церезим), який є аналогом ферменту людини глюкоцереброзидази, отриманим за допомогою генно-інженерної технології [8]. Метою такого лікування є запобігання незворотному ураженню кістково-суглобової системи й інших життєво важливих органів (печінка, легені, нирки), а також регресії або ослабленню цитопенічного синдрому, зменшення розмірів селезінки й печінки.

Початкова доза церезиму становить 60 ОД/кг на місяць. Препарат вводиться внутрішньовенно крапельно 1 раз у 2 тижні. В окремих випадках доза церезиму може бути підвищена більше 60 ОД/кг на одне введення (120 ОД/кг/місяць). При досягненні клінічного ефекту призначається підтримуюче лікування церезимом у дозі 15415 ОД/кг/місяць - довічно [1].

Контроль ефективності замісної ферментної терапії включає моніторинг показників загального аналізу крові (1 раз в 1-3 місяці), біохімічних показників крові (1 раз 3-6 місяців), у тому числі й визначення активності сироваткової хітотріозидази; визначення розмірів селезінки й печінки; оцінку стану кістково-суглобової системи (денситометрія, МРТ, рентгенографія кісток 1 раз в 1-2 роки за показаннями).

Прогноз при хворобі Гоше I типу сприятливий у випадку своєчасного призначення замісної ферментної терапії. При розвитку незворотних ушкоджень кістково-суглобової системи показане ортопедичне лікування. При ураженні життєво важливих внутрішніх органів прогноз визначається ступенем дисфункції уражених органів і

розвитком життєвозагрозливих ускладнень (кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу й шлунку, прогресуюча дихальна недостатність та ін.) [1,6].

Як клінічні приклади можна розглянути 2 випадки спостереження за хворими Н. і Л. 24 і 25 років, які неодноразово перебували на стаціонарному лікуванні в гематологічному відділенні Тернопільської університетської лікарні.

Хвора Н. 25 років. Діагноз хвороба Гоше був виставлений у 2002 році. Захворювання розпочалось із проявів загальної слабості, головокружіння, Батьки дитини звернулися в поліклініку по місцю проживання. При огляді було виявлено блідість шкірних покривів, дещо відставання в рості і відзначалось затримка психомоторного розвитку. Для подальшого дообстеження дитина була госпіталізована у дитяче міське гематологічне відділення м. Тернопіль. Проводились наступні методи дослідження. Загальний аналіз крові, де була виявлена анемія середнього ступення важкості, прискорення ШОЕ. В біохімічному аналізі крові відмічалось дещо підвищення АЛТ, АСТ. Показники коагулограми вказували на схильність до гіпокоагуляції. Відмічалось зниження протромбінового індексу, тромбінового часу та фібриногену. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини було виявлено гепатоспленомегалію. При проведенні стерильної пункції виявлені клітини Гоше. Для уточнення діагнозу дитина була відправлена у республіканську клінічну лікарню м. Києва «ОХМАТДИТ». Проводилось цитологічне дослідження препарату кісткового мозку та визначення глюкоцереброзидази в лейкоцитах периферичної крові. Враховуючи скарги хворої дитини, клініку, дані лабораторних методів дослідження, а саме наявність клітин Гоше у мієлограмі і зниження активності цереброзидази в лейкоцитах периферичної крові був виставлений діагноз хвороба Гоше Ітип. Гепатолієнальний синдром. Синдром спленізму. Хворій дитині була призначена патогенетична терапія ферментативним препаратом церезим у дозі 60 ОД /кг на одне введення, гепатопротектори, вітамінотерапія. Уже після першого введення стан дитини значно покращився за рахунок зменшення гепатолієнального синдрому, задишки. В наш час Хвора Н отримує постійно терапію церезимом у підтримуючій дозі 40 ОД/ кг ваги двічі на місяць в залежності від

активності хітотриазидази. Стан хворої вважається задовільним, загальний аналіз крові в нормі. Значно зменшились розміри печінки і селезінки. Контроль ефективності замісної ферментної терапії включає моніторинг показників загального аналізу крові (1 раз в 1-3 місяці), біохімічних показників крові (1 раз 3-6 місяців), у тому числі й визначення активності глюкоцереброзидази, сироваткової хітотріозидази, визначення розмірів селезінки й печінки; оцінку стану кістково-суглобової системи.

Іншим прикладом є хвора Л. 24 років. Діагноз хвороба Гоше виставлений у 2001 році. Розпочалось захворювання із проявів загальної слабкості, головокружіння, появились петехіальні крововиливів по тілі, носові кровотечі. Батьки дитини звернулися в поліклініку по місцю проживання. При огляді було виявлено блідість шкірних покривів, наявність петехіальних крововиливів по всьому тілі, дещо відставання в рості. Для дообстеження дитина була госпіталізована у дитяче міське гематологічне відділення м. Тернопіль. Проводились такі методи дослідження.

Загальний аналіз крові, де була виявлена анемія важкого ступення, тромбоцитопенія важкого ступення, прискорення ШОЕ. Біохімічний аналіз крові, де відмічалось підвищення АЛТ, АСТ. Показники коагулограми вказували на схильність до гіпокоагуляції. Відмічалось зниження протромбінового індексу, тромбінового часу та фібриногену. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини було виявлено гепатоспленомегалію. При проведенні стернальної пункції виявлені клітини Гоше. Для уточнення діагнозу дитина була відправлена у республіканську клінічну лікарню м. Києва «ОХМАТДИТ». Проводилось цитологічне дослідження препарату кісткового мозку та визначення цереброзидази в лейкоцитах периферичної крові. Активність В- глюкозидази становила 1,58 – (норма 14,0+/-1,0). На підставі клініко-анамнестичних даних і додаткових методів дослідження був виставлений кінцевий діагноз хвороба Гоше I тип. Гепатолієнальний синдром. Синдром спленізму. Нормохромна анемія важкого ступення. Тромбоцитопенія. Була призначена патогенетична терапія ферментативним препаратом церезимом у дозі 60 ОД /кг на одне введення, гепатопротектори, вітамінотерапію, препарати заліза, переливання крові. Після

шестимісячного лікування стан дитини значно покращився за рахунок зменшення проявів анемічного синдрому, задишки. Протягом всього періоду життя хвора Л. отримує постійно замісну ферментативну терапію церезимом, гепатопротектори. Останнім часом підтримуюча доза церезиму становить 30 ОД/кг ваги. Стан хворої вважається задовільним. За останніми даними гемограми: рівень гемоглобіну 120 г/л, тромбоцити 130 тис. За даними ультразвукового обстеження органів черевної порожнини ознак гепатоспленомегалії немає. Активність хітотриазідази від 28.07.2014 року 6630 нмоль/ч мл, від 22.01.2015 року 3315 нмоль/ч мл, від 03.08.2016 року 3100 нмоль/ч мл, від 28.04.2017 року 3006 нмоль/ч мл.

Таким чином, вже через шість місяців після початку курсу терапії хвороби Гоше відзначалася як в першому, так і в другому випадках, позитивна динаміка і в паренхіматозних органах, і в загальному аналізі крові. В даний час хворі Н. та Л. знаходяться на диспансерному обліку у дільничого та обласного гематолога. Їм в динаміці проводяться наступні обстеження: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, УЗД дослідження органів черевної порожнини. На базі республіканської Київської лікарні «ОХМАТДИТ» в центрі орфанних захворювань проводяться дослідження визначення активності хітотриазідази. Активність хітотриазідази за останні 4 роки зменшується.

Висновки:

1. Вчасна діагностика хвороби Гоше дає можливість призначити правильне лікування, застосовуючи ферментозамісну терапію церезимом.

2. Саме тому, правильна і своєчасна діагностика хвороби Гоше може продовжити хворому життя на багато років. При цьому пацієнт має перебувати під наглядом фахівців (педіатрів, гематологів).

3. Тривале лікування хвороби Гоше церезимом повністю стабілізує патологічний процес, знижує виражені зміни в кістках і паренхіматозних органах, помітно покращуючи життя хворих і також попереджаючи виникнення глибокої інвалідизації хворих.

4. Тому, чим раніше буде розпочата відповідна ферментозамісна терапія, тим ефективнішими будуть результати лікування і тим

сприятливішим буде прогноз, як щодо працездатності, так і щодо продовження життя пацієнтів.

Список літератури:

1. Болезнь Гоше у детей: проблемы и перспективы /Торубарова Н.А., Басистова А.А., Кошель И.В. и др.// Гематология и трансфузиология.-1997.-№3.-С.32-37.
2. Два случая болезни Гоше у взрослых / Томилов А.Ф., Колкер Т.Я., Попова О.Н. и др. // Клиническая медицина.-2001.- Т. 79, №12.-С.58-60.
3. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование: Атлас - справочник / Козлова С.И., Демикова Н.С., Семанова Е., Блинникова О.Е. - Изд. 2-е, доп.- М.: Практика, 1996.-С.91-93.
4. Результаты спленэктомии при болезни Гоше / Сарницкий И.П., Демидюк П.Ф., Гусева С. А. и др. // Гематология и трансфузиология.-1986.-Т.31, №7.-С.39-41.
5. Случай длительного течения болезни Гоше с прогрессированием поражения печени/Тесленко В.Г., Слабкая Н.П., Хвистюк С.С., Борисенко Г.В. // Врачебное дело.-1985.-№10.-С.110-111.
6. Терехов Н.Т. Особенности клинического течения болезни Гоше // Врачебное дело.-1989.-№8.-С.28-30.
7. Харченко Г.А., Аронов М.З., Крыжановская А.М. Болезнь Гоше у ребенка 8 месяцев // Педиатрия.-1988.-№11.-С.87-88.
8. Beutler E., Gelbart T. Glucocerebrosidase (Gaucher) disease // Hum. Mutat.-1996.-N8.- 43-48.

Бабінець Л.С., Сасик Г.М.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

АНТИОКСИДАНТНИЙ ЗАХИСТ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТОМУ 2 ТИПУ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ

Актуальність. Коморбідність хронічного панкреатиту (ХП) і цукрового діабету 2 типу (ЦД2) супроводжується значним оксидативним стресом, деструктивний вплив якого та його глибина залежить від спроможності систем антиоксидантного захисту (АОЗ) неферментного і ферментного спектру. Вивчення стану АОЗ при такій коморбідності є актуальним в силу значної поширеності даних коморбідних нозологій, а також необхідності корекції дисбалансу про- та антиоксидантних систем таких пацієнтів.

Мета - дослідити стан ферментних і неферментних антиоксидантних систем захисту в пацієнтів на хронічний панкреатит у коморбідності із цукровим діабетом 2 типу.

Матеріал і методи дослідження. Було досліджено 137 пацієнтів з ХП із супутнім ЦД2 (112 пацієнтів) та без нього (25 хворих), які перебували на обліку у Центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Трускавця Львівської області, а також проходили санаторно-курортне лікування на курорті «Східниця» (лікувально-оздоровчий комплекс «ТуСтань» і «Карпати». Діагнози верифікували за сучасними протоколами МОЗ України. Про активність супероксиддисмутази (СОД) судили за реакцією з нітротетразолієм синім; систему вільного глутатіону (ГВ) - за реакцією нітробензойної кислоти із вільними SH-групами; вміст церулоплазміну (ЦП) – за окисненням *p*-фенілендіаміндігідрохлориду; активність каталази – у реакції із молібдатом амонію; вміст вітаміну С - за методом Фармера; ретинолу - за лужним гідролізом його з органічним розчинником; токоферолу - за окисненням його хлорним залізом.

Результати. У ході дослідження було встановлено статистично достовірні зміни параметрів АОЗ при коморбідності ХП і ЦД2 стосовно таких при ізольованому ХП: ослаблення ферментної ланки АОЗ за рівнями СОД на 8,9% і каталази - на 19,2%, а також неферментної ланки за рівнем пулу SH-груп, які сумарно відображують стан глутатіонової ланки АОЗ - на 11,6%; водорозчинного вітаміну С (аскорбінової кислоти) – на 23,2%, жиророзчинних вітаміну Е (токоферолу) – 4,7% і вітаміну А (ретинолу) – на 70,9% ($p < 0,05$).

Висновок: Отримані результати довели не тільки зниження спроможності АОЗ за ферментними і неферментними антиоксидантами-вітамінами, але й поглиблення трофологічної вітамінної недостатності при поєднаному перебігу ХП і ЦД2 у порівнянні з ізольованим перебігом ХП.

СКЛАДНОЩІ У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ: ПАЛАТИВНА ДОПОМОГА КОНТИНГЕНТУ ВІД А ДО Я

Сімейна медицина в Україні – відносно нова спеціальність, яка отримала право на існування в останні 20-25 років. Її впровадження йде поступово і важко, що обумовлено незвичайністю такого обслуговування населення, коли розгорнута поліклінічна служба замінюється індивідуальним контролем кожного пацієнта єдиним лікарем. В умовах міста на цьому етапі страждає менталітет як пацієнта, так і дільничого лікаря. У першому випадку порушується звичка сидіти під кабінетом (за потреби) до багатьох фахівців, яку з одного боку лають, а з іншого, до того до неї звикли, що тяжко розпрощатися, особливо особам старшого віку: і поговорити можна, вирішити свої проблеми, заодно і лікаря обговорити. Окрім того, сімейні лікарі не ходять по домах (хоча доволі часто виклик не має сенсу – зміряти тиск, поговорити про їжу, згадати не завжди теплим словом сусідку), майже не використовуються стаціонари на дому, консультація по телефону не задовольняє пацієнта. В той же час дільничні лікарі, які мають тривалий час роботи на такій посаді, важко звикають до нової професії, яка зобов'язує надавати допомогу пацієнтові з багатьох напрямків медицини. Труднощі лікаря зумовила періорієнтація пріоритетів: зникла диспансерізація, профілактична медицина поступово згасає; лікар не може рекомендувати профспілкам великих підприємств допомогти пацієнту змінити професію (таких виробництв просто немає); ліквідована епідеміологічна служба, що вже всі відчули в період епідемії коронавірусу. Спроба зберегти профілактичну медицину теж не вдалася: багато хворих не може виконувати рекомендації лікаря через відсутність коштів щодо дотримання дієти, використання фізіотерапевтичних заходів (масаж, голкотерапія тощо) та таке інше.

Якщо ми бажаємо отримати кваліфікованого сімейного лікаря, треба періорієнтувати навчальні плани вузів. Тобто, підготовка таких лікарів повинна бути предметною з використанням сучасних досягнень медицини, починатися на 3-4 курсах з оглядом на особливості роботи сімейного лікаря (СЛ).

Є два контингенти пацієнтів в роботі СЛ, які привертають до себе особливу увагу: це підлітки та поодинокі старі люди. В першому випадку в більшості СЛ доводиться вирішувати не стільки медичні, скільки етичні та соціальні проблеми. Ендокринна перебудова організму вносить корективи в поведінку підлітків; йде розвиток статевих ознак, що призводить до виникнення питань сексуального характеру; проявляється інтерес до шкідливих звичок - проба куріння і вживання алкоголю, рідше - наркотичних речовин. Одночасно змінюється поведінка підлітка: більшість з них стають нетерпимими до оточуючих, особливо до тих, хто «втручається в їхнє життя», коли в їх розумінні дорослі, «не розуміючи і не приймаючи їх цінності і погляди» намагаються вирішити проблеми на свій лад і розсуд.

У осіб похилого віку дві проблеми стають актуальними і першочерговими: лікування (де і за які гроші) та соціальні (комунальні платежі, гроші на поїсти тощо). СЛ, нажаль, не може їх вирішити, однак йому приходиться стикатися з ними і чим далі, тим більше. Цих питань ми торкаємося тому, що проблеми залишаються як на сьогодні, так і найближчу перспективу. В такому разі, на нашу думку, планування тематичного удосконалення для СЛ повинно включати питання соціального напрямку, яку бажано отримувати при спілкуванні з соціологами, психо-терапевтами, реабілітологами тощо.

Однак, як у молодому віці, так і осіб старших вікових груп є ще одна проблема - хронічних невиліковних хвороб. Тобто, одним із важких напрямків роботи СЛ є паліативна допомога тяжкохворим на дому. На теперішній час є багато пацієнтів, які постійно потребують не тільки допомоги в обслуговуванні, але і психологічної, духовної і соціальної підтримки. Найбільші проблеми стоять перед СЛ при наявності таких захворювань серед дітей та підлітків. До сих пір залишається дискусійним питання про те, чи потрібно говорити дітям про наявність у них невиліковного захворювання, як вести себе рідним і близьким в такій ситуації, як відвернути їх від такої проблеми, на чому акцентувати увагу в останні місяці їх життя?

Паліативна допомога дітей є найбільш відкритим і невирішеним питанням, тому що в більшій мірі на такому етапі повинні вирішуватися питання волонтерства, доброзичливого, терплячого, зацікавленого спілкування, ніж питання лікування. В такому випадку,

на жаль, обсяг допомоги СЛ зводиться тільки до призначення симптоматичної терапії, але навіть його спілкування з маленьким пацієнтом вимагає психологічної підготовки. У медичній літературі при такій ситуації введено поняття для оцінки стану лікаря, який працює з невиліковним дитиною, як «синдром вигорання».

Кілька років тому, доцент нашої кафедри І.П.Пасечник провела анкетування лікарів педіатричної служби, які по ряду причин зіткнулися з дитячою смертю. Одним з пунктів анкети було питання про способи реабілітації лікаря після такої ситуації. Було звернуто увагу, що всі лікарі проводили реабілітацію самостійно, яка полягала: в посиленні спілкування з членами своєї родини, особливо дітьми; виїзд на природу або робота на садовій ділянці, або одноразовому прийомі алкоголю, який вгамовує біль від ситуації, що склалася. На жаль, у нас немає правила звернення до психоаналітика для вирішення будь-якої неординарної ситуації, як це заведено в більшості країн, і тому в їх ролі виступають друзі, члени сім'ї або розслаблююча і притуплююча дія алкоголю.

Декілька інший напрямок набуває паліативна допомога при лікуванні дорослих пацієнтів. Одними з перших питань, на який СЛ повинен отримати відповідь є: чи знає пацієнт про свою хворобу? Хто є підтримкою такому хворому? Хто буде з ним поруч в останні моменти його життя і який обсяг допомоги він може забезпечити вмираючому?

На жаль, навчити студента - майбутнього сімейного лікаря особливостям поведінки в кожному конкретному випадку неможливо. І це пов'язано не тільки з тим, що немає загальних правил ведення таких хворих. Сімейний лікар, будучи, насамперед особистістю, має свої психологічні особливості, своє ставлення до ситуації, що виникла у пацієнта; в той же час можливо нашарування своєї професійної або сімейної ситуації, які вплинуть на встановлення адекватного спілкування з хворим. Навчити такого лікаря до співпереживання, уважному ставленню і комунікабельності з таким пацієнтом практично неможливо. У той же час, основними питаннями філософії паліативної медицини, на яких слід акцентувати увагу при підготовці СЛ, є: можливість встановлення повної довіри з пацієнтом і членами його родини, правдивість в спілкуванні з пацієнтом, можливість

створення повноцінних умов життя до останнього моменту. Тобто, підготувати СЛ, перш за все, до того, що ситуація може бути різною і доволі часто неприємною або кінцевою, особливо у осіб похилого віку, і треба до неї бути готовою, дуже важко. Хоча як до цього можна підготувати та підготуватися? Мабудь такі проблеми хворих та ситуації у лікарів слід визначати на заняттях з психології, яких, нажаль, немає у програмі вузів. Ми маємо на увазі не загальні характеристики науки, а конкретні заходи, хоча це і неможливо передбачити у кожному конкретному випадку.

Однак особливості роботи означених лікарів потребує багато інших знань, ніж клінічні прояви захворювань та їх лікування! Все вищевикладене є кроком до базових процесів в наданні спостереження. Так, одним з перших напрямків надання допомоги невиліковним хронічним хворим є встановлення характеристики пацієнта, його оточення (сім'ї). Попутно вирішується питання про те, що знає і що хоче знати пацієнт, межі конфіденційності. Одним з напрямків такого спілкування є також можливість прийняття рішення, де обмовляються мета спостереження, пріоритети лікування, можливість його використання: виділення особи, яка може замість пацієнта приймати рішення і можливість офіційної передачі прав на прийняття медичних рішень.

Складнощі виникають при виникненні таких захворювань у самотніх пацієнтів, коли підтримка сім'ї і найближчих родичів неможлива і єдиною підтримкою стає СЛ. В такому випадку сімейний лікар повинен забезпечити роботу представників соціальної служби, з якими зобов'язаний підтримувати тісний контакт.

Таким чином, проблеми, які доводиться вирішувати СЛ в різні вікові періоди пацієнтів та при різних захворюваннях - різноманітні і вимагають не тільки медичної підготовки фахівця, а й знання багатьох інших напрямків психології: можливості визначити особливості проявів емоційного характеру підлітка та осіб старших вікових груп в різних ситуаціях, взаємин в сім'ї, кредиту довіри до різних його членів, готовності допомогти і разом йти до кінця та інші.

Література

1. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and

- facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. BMC Palliat Care. 2020;19(1):47. Published 2020 Apr 13. doi:10.1186/s12904-020-00556-7
- Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin. 2018;68(5):356-376. doi:10.3322/caac.21490
 - Mahtani R, Kurahashi AM, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care?. Can Fam Physician. 2015;61(12):e577-e582.
 - Rome RB, Luminais NH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. Ochsner J. 2011;11(4):348-352.
 - Taylor J, Booth A, Beresford B, Phillips B, Wright K, Fraser L. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. Palliat Med. 2020;34(6):731-775. doi:10.1177/0269216320908490

Шайген О.Р., Бабінець Л.С.

*Тернопільський національний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛОЖЕНЬ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ПРОТОКОЛІВ У ПЕРВИННУ ЛІКАРСЬКУ І ВИКЛАДАЦЬКУ ПРАКТИКУ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Вступ. Вірусні гепатити (ВГ) є актуальною проблемою сучасної медицини в усьому світі [6]. Це обумовлено значним поширенням, високою захворюваністю, поліморфізмом клініки, численністю шляхів і факторів передачі збудників, а також ускладнень, до яких можуть призвести гепатити – формуванню хронічних уражень печінки, в тому числі цирозу (ЦП) і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) [7]. За оцінками експертів, в Україні близько 3,6% (близько 1,5 млн) людей живуть із хронічним гепатитом С (ВГС), але під медичним наглядом перебуває тільки 5,4% [2, 3]. І хоча ВГС виліковний у 95%, значна кількість хворих не знає про свій діагноз і не має доступу до лікування. Лікування стало доступним за ціною (вартість курсу зменшилася з 900 до 100 доларів), тому виявлення пацієнтів з ВГС є актуальною проблемою, особливо на первинній ланці надання медичної допомоги [2, 5].

Крім того, в усьому світі 2 мільярди людей мають ознаки хронічного вірусного гепатиту В (ВГВ). 240 млн є постійним носіями поверхневого антигену (HBsAg) вірусу гепатиту В [1, 8]. Інфекція вірусу гепатиту В може бути HBeAg-позитивна і HBeAg-негативна. Поширеність HBeAg-негативної форми росте в результаті старіння населення з інфекцією ВГВ в Європі [5, 8]. За оцінками, у світі близько 650 тис. осіб помирають щороку від ускладнень ВГВ. В цілому, на ВГВ припадає близько 45% випадків ГЦК і 30% цирозу. За ступенем негативного впливу на здоров'я населення вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології разом із грипом та гострими інфекційними захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Вірусні гепатити у 50-100 разів є більш заразними, ніж ВІЛ [6, 7]. Кожного року в Україні реєструють приблизно 20 тис. пацієнтів з ВГВ (в тому числі з вперше встановленим в житті діагнозом - 3 тис.) [1]. За даними ВООЗ, Україна належить до країн із середньою поширеністю ВГС – інфіковано приблизно 3% громадян, що складає приблизно 1,2 млн осіб [2]. За останні роки помітна тенденція до збільшення захворюваності на ВГС, в тому числі випадків хронічних форм хвороби. За даними ВООЗ, на ВГС страждає біля 150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Вже зараз загальна кількість хворих на гепатити у світі в 14-15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. За оціночними даними, 57% випадків цирозу печінки і 78% випадків первинного раку печінки зумовлено впливом вірусів гепатиту В або С [6]. Окрім цього, гепатити В та С мають багато позапечінкових проявів, що ускладнює їх діагностику та може перешкоджати призначенню адекватного лікування [8]. Маємо також ВГ А, Є, Д та інші, що дуже важливо для формування правильного підходу до лікування і подальшого ведення пацієнтів з вірусними ураженнями печінки.

Мета – проаналізувати основні положення європейського (фінського) протоколу щодо діагностики, лікування і профілактики вірусних гепатитів у первинній медичній практиці, а також у викладацькому процесі при підготовці лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Основна частина. Основними положеннями, які мають доказовий характер, стосовно хворих на хронічні ВГ, є наступні: 1) найкращим способом попередити гепатити А та Е є дотримання правил гігієни, пов'язаних з їжею та питною водою, особливо у країнах високого ризику; 2) уникнути гепатитів В і С можна завдяки належній увазі при виконанні роботи високого ризику та у сексуальній поведінці. Єдиним найважливішим фактором ризику розвитку гепатиту С є внутрішньовенне введення наркотиків; 3) перед поїздкою до країн з високим ступенем ризику ВГА показане проведення профілактики шляхом вакцинації; 4) вакцинація проти ВГВ показана при роботі з високим ступенем ризику і для груп ризику, причому вакцинація проти гепатиту В входить до Національного календаря профілактичних щеплень в Україні. Ці положення повинні враховуватися при веденні пацієнтів з ХВГ [8].

Діагностика ВГ повинна бути якомога ранньою і диференційованою. Станом клінічної науки на сьогодні нещодавнє інфікування гепатитами А, В або Е виявляється наступними тестами: ІgМ-антитіла до вірусу гепатиту А (анти-ВГА ІgМ), поверхневий антиген гепатиту В (НВsАg), ІgМ-антитіла до coreантигену гепатиту В (анти-НВс ІgМ) та ІgМ-антитіла до вірусу гепатиту Е (анти-ВГЕ ІgМ). Встановлено, що з допомогою серології неможливо відрізнити нещодавнє інфікування ВГС від старого. Активний гепатит С може бути виявлений шляхом тестування на нуклеїнову кислоту ВГС (якісний або кількісний метод) додатково до визначення антитіл до вірусу гепатиту С [4, 8].

Якщо ж клінічно легкий гепатит пов'язаний з ознаками, що свідчать про мононуклеоз (гарячка, лімфаденопатія, спленомегалія, симптоми з боку верхніх дихальних шляхів) або очевидний холестаза (збільшення концентрації лужної фосфатази (ЛФ) і білірубіну в плазмі крові), імовірний мононуклеоз можна виявити на ранній стадії швидким тестом, і якщо необхідно, можна визначити антитіла до вірусу Епштейн-Барр (ЕБВ) та цитомегаловірусу (ЦМВ) [1].

Важливим етапом діагностики гепатитів є проведення диференціації між різними видами ВГ. Наводимо основну спресовану інформацію щодо різних за етіологією ВГ.

Вірусний гепатит А (ВГА) має інкубаційний період протягом 15-50 днів. Для ВГА притаманний зазвичай фекально-оральний шлях зараження, але також траплялися епідемії серед тих, хто вживав нелегальні внутрішньовенні наркотики. Для клініки притаманні гострий початок, втрата апетиту і нудота, гарячка і жовтяниця. При верифікації діагнозу ВГА враховують підвищені рівні АЛТ і АСТ у плазмі крові, а точний діагноз можна встановити, визначивши анти-ВГА IgM антитіла. IgG або загальні антитіла можна визначити для оцінки необхідності профілактики. Позитивний результат тесту на IgG або сумарні антитіла (і негативний результат на антитіла IgM) свідчить про більш ранню інфекцію чи успішну вакцинацію ВГА, яка захищає від цього захворювання [3].

Для профілактики інфікування вірусом ВГА важливе уникання потенційно інфікованих продуктів (особливо мідій та інших морепродуктів) під час подорожей у країнах з високим ступенем ризику. Вакцинація проти ВГА особливо показана тим, хто тривалий час перебуває або часто подорожує до країн з високим ступенем ризику. Ревакцинацію рекомендовано проводити через 6-12 місяців після першої дози. За сучасними даними, не рекомендовано вводити наступні бустерні дози імунокомпроментованим особам після 2-дозної програми. Мандрівників слід вакцинувати щонайменше за 2 тижні до подорожі. Для дітей віком старше 15 років і для дорослих дві дози Havrix 1440 ELISA-Од/мл, 1 мл вакцини вводять за схемою - 0 і 6-12 місяці (в Україні використовують ХАВРИКС™ 1440 - торговельна назва вакцини для профілактики гепатиту А). Дітям віком 1-15 років вводять половину дорослої дози (0,5 мл) також за схемою 0 і 6-12 місяці, причому дозування вакцини Eраxal® однакове для дорослих і дітей віком понад 2 роки (ця вакцина в Україні станом на 2019 р. не зареєстрована). Також у Фінляндії застосовують комбіновану вакцину проти гепатитів А та В, яка вводиться у три дози за схемою - 0, 1 і 6 місяців. Для дітей віком менше 16 років є окрема вакцина. В Україні цих вакцин немає [8].

Вакцинація проти ВГА завжди рекомендується туристам, які мандрують у тропічні райони та по узбережжях Середземного моря, а саме африканському і Середньому Сходу. Щодо країн Балтії, Росії та країн Східної Європи, вакцинація рекомендована у випадку, коли

очікуване перебування є тривалим або передбачені повторні відвідування цих країн.

Щодо контагіозності, то через тиждень після початку жовтяниці вірус більше не виділяється з калом. Не було виявлено статусу постійного носія [8].

Перебіг захворювання та спостереження проводяться з урахуванням того, що ВГА проходить самостійно, не існує специфічного лікування. Фулмінантний гепатит А є рідкісним ускладненням інфекції і розвивається у 0,3% тих, хто був інфікований. Тривала жовтяниця (холестатичний гепатит А) може ускладнювати захворювання у дорослих. Серед позапечінкових симптомів треба враховувати можливість артриту, васкуліту і кріоглобулінемії.

Тяжкість ушкодження печінки при ВГА оцінюється шляхом визначення концентрації альбуміну плазми і протромбінового часу. Захворювання легке, якщо протромбіновий час не нижче ніж 0,40 і концентрація альбуміну плазми не нижча, ніж 30 г/л. Концентрацію АЛТ у плазмі слід контролювати щотижня, доки вона не почне знижуватись.

Інкубаційний період ВГВ становить 1-6 місяців. Шляхи інфікування парентеральний (шприци, які використовують при внутрішньовенному введенні наркотиків, препарати крові), через сексуальний контакт, шляхом перинатальної передачі [1].

Клінічна картина ВГВ подібна до ВГА, але початок зазвичай повільніший. Приблизно в 1% інфікованих розвивається фулмінантний гепатит, що призводить до 80% летальності, якщо не провести трансплантацію печінки. Суглобові симптоми спостерігаються у 10-20% пацієнтів, часті шкірні симптоми, а концентрація печінкових амінотрансфераз підвищується повільніше, ніж при ВГА. Лабораторно визначають підвищені АЛТ і АСТ плазми, специфічна діагностика - визначення сироваткових HBsAg і анти-HBc IgM. Для оцінки інфікування первинним дослідженням є визначення е-антигену гепатиту В (HBeAg). Якщо результат позитивний, ймовірно, у пацієнта активний ВГВ, і хвороба є високо контагіозною, оскільки вірус активно реплікується. Найточніша оцінка вірусемії

досягається - кількісне визначення ВГВ-ДНК, особливо при підозрі на НВсAg-негативну хронічну ВГВ-інфекцію (табл. 1).

Табл. 1.

Інтерпретація серологічного дослідження ВГВ

| | HBsAg | aHBs | aHBc | aHBcIgM | HBеAg | aHBе |
|--------------------|-----------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|
| Не інфікований | - | - | - | | | |
| Вакцинований | - | + | - | | | |
| Вроджений імунітет | - | + ¹⁾ | + | | | + |
| Гостра інфекція | | | | | | |
| - рання | + ²⁾ | - | - | - | +/- | |
| - пізня | + | - | + | +++ | + | |
| Носій | | | | | | |
| - заразний | + | - | + | +/- ⁴⁾ | + ⁴⁾ | - |
| - менш заразний | + | - | + | - | - | + |

1. Негативний приблизно у 10-15% осіб, у яких є інфекція в анамнезі, антиНВс - це єдиний маркер перенесеної інфекції.

2. Перший аналіз, який стає позитивним (навіть до появи клінічних симптомів)

3. Анти-НВс-IgM може стати позитивним при загостренні хронічної інфекції.

4. Активний ВГВ є вірогідним, і захворювання легко передається, оскільки вірус активно реплікує. Найбільш точною оцінкою вірусемії є кількісне визначення ВГВ-ДНК.

У плані профілактики необхідне консультування пацієнтів щодо уникнення дій з високим ступенем ризику (незахищений секс з потенційним носієм вірусу, використання забруднених голок для ін'єкцій), уникнення контакту з кров'ю у роботі, яка передбачає контакт з людською кров'ю [8].

Вакцинація обов'язкова для груп ризику: цільові групи (базуються на фінських національних рекомендаціях; додаткові цільові групи розглядаються), новонароджені, чий батьки є НВсAg-позитивними, причому якщо мати є носієм, до першої вакцинації дитині також слід ввести дозу імуноглобуліну проти гепатиту В (125 МО) - в Україні імуноглобулін проти ВГВ, на жаль, станом на 12.03.2019 не зареєстровано; особи, які живуть з носіями НВсAg або з пацієнтами з гострим ВГВ; сексуальні партнери носіїв НВсAg та сексуальні партнери пацієнтів з гострим ВГВ; люди з порушенням гемостазу, які потребують постійного лікування препаратами крові; особи, які зловживають внутрішньовенними наркотиками, їхні

сексуальні партнери та інші люди, які проживають в спільному помешканні; особливо важливо вакцинувати новонароджених дітей, матері яких вводять наркотики внутрішньовенно; особи, які займаються проституцією; після пошкоджень від уколу голкою та контакту з кров'ю, коли згідно з оцінкою ризику, необхідне проведення профілактики, і цей випадок не можна віднести до професійних хвороб; працівники охорони здоров'я, які планують працювати в ендемічних зонах; в окремих випадках для осіб, які через свою роботу мають підвищений ризик контакту з кров'ю (акушерки, хірурги-стоматологи та певний персонал лабораторій, персонал, який працює у відділенні діалізу та лікує пацієнта, який є носієм HBsAg, інші пацієнти в цьому відділенні, персонал центру догляду за дітьми, який опікується дитиною, яка є носієм HBsAg, інші діти в цьому центрі, будь-хто, залучений у догляд за наркозалежними, які вводять наркотики внутрішньовенно) [5, 8].

Введення вакцини проти ВГВ - 1,0 мл в/м (0,5 мл для дітей) з повтором дози через 1 і 6 місяців. Після успішної первинної вакцинації ревакцинація зазвичай не потрібна. Приблизно в 10% вакцинованих не розвивається достатній імунітет. Якщо ризик контакту з вірусом є високим та тривалим, наявність імунітету слід підтверджувати серологічно приблизно через 2 місяці після третьої ін'єкції. Якщо немає відповіді з боку антитіл, дають три додаткові дози з інтервалом у два місяці, а наявність імунітету підтверджується серологічно приблизно через 2 місяці після третьої ін'єкції. Якщо все ще немає відповіді антитіл, ризик контакту слід знизити, наприклад, змінивши місце роботи.

Імунопрофілактика після контакту з вірусом гепатиту В проводиться імуноглобуліном HepBQuin, який слід вводити новонародженим дітям HBsAg-позитивних матерів (+ вакцинація проти гепатиту В) [4, 8].

Щодо контагіозності, то більшість пацієнтів з ВГВ одужують; проте невелика частина (<5%) залишаються носіями вірусу (в країнах Північної Європи). Визначення HBeAg та ДНК ВГВ допомагає оцінити інфекційність у HBsAg-позитивних пацієнтів.

Важливим є той факт, що понад 95-99% дорослих пацієнтів з гострим ВГВ спонтанно одужують і стають анти-HBs-позитивними.

Спостереження в лікарні необхідне лише для пацієнтів, у яких є симптоми, жовтяниця або якщо виявлено порушення функції печінки. У активній стадії захворювання контролюється АЛТ плазми, протромбіновий час і, за необхідності, концентрації преальбуміну та білірубіну щодня або щотижня в залежності від тяжкості випадку до їх нормалізації. HBsAg слід визначити через 3 місяці після початку захворювання.

У випадку, коли HBsAg залишається позитивним через 6 місяців після початку захворювання, пацієнт, ймовірно, став носієм ВГВ. Статус носія підтверджується позитивним результатом аналізу на HBsAg через 12 місяців. При хронічному ВГВ зростає ризик розвитку ГЦК, ризик якої корелює з рівнем ДНК ВГВ і розвитком цирозу.

Гепатит С є найпоширенішим типом гепатиту в багатьох країнах. За даними статистики, налічується понад 500 млн носіїв ВГС, особливо поширений серед наркозалежних, які вводять наркотики внутрішньовенно. Інкубаційний період - 20-120 днів. Шлях інфікування парентеральний, як і при ВГВ, але інфекційність значно нижча. Джерелом вірусу може служити внутрішньовенне введення наркотиків, татуювання, переливання крові і незахищений секс з ВГС-позитивним партнером, однак шанс інфікуватися через незахищений секс є відносно низьким. Є випадки, коли пацієнти з ВГС ніколи не переливали кров у анамнезі, і які не належать до жодної з груп ризику [6, 8].

Клінічні прояви зазвичай легкі. Лише близько в 10-15% інфікованих людей розвивається жовтяниця; порівняно з 50% хворих з ВГВ. Деякі пацієнти залишаються безсимптомними. При ВГС зареєстровані позапечінкові прояви: кріоглобулінемія, гломерулонефрит, аутоімунний тиреоїдит, синдром Шегрена та пізня шкірна порфірія. Лабораторно коливання вмісту печінкових трансаміназ (АЛТ) часто є єдиним проявом ВГС. Рівні АЛТ періодично можуть нормалізовуватись, вони рідко перевищують 800 О/л. Точний діагноз отримують шляхом визначення антитіл проти ВГС (через 10 тижнів після контакту) і РНК (ВГС-РНК) ще на початку симптомів.

Щодо контагіозності, то більшість пацієнтів, у яких є антитіла, також є носіями вірусу і можуть поширювати інфекцію [3].

Важливо враховувати при веденні таких пацієнтів, що алкоголь підвищує ризик розвитку ЦП при ВГС. Гостра фаза, зазвичай, перебігає легше, ніж при ВГВ, але захворювання частіше стає хронічним в асимптоматичних пацієнтів (у 85-90% пацієнтів). Оцінка концентрацій трансаміназ не є інформативною, оскільки в гострій фазі вони мають тенденцію змінюватись. Важливим є моніторинг, якщо очікується консультація фахівця. У більшості носіїв розвивається хронічний ВГС, а приблизно у 10% - ЦП впродовж 20 років. Щороку приблизно у 1% пацієнтів з ЦП розвивається гепатома в середньому через 28 років після інфікування.

Гепатит Д виникає як суперінфекція, асоційована з ВГВ, спричинена вірусом-сателітом, який може уражати тільки HBsAg-позитивну особу (можна набути обидва віруси при одному контакті). Зазвичай виникає у наркозалежних, які вводять наркотики внутрішньовенно та в носіїв ВГВ. Перебіг захворювання може бути блискавичним. Точний діагноз можна отримати, визначивши сироваткові антитіла проти ВГД і за необхідності ВГД-РНК. У практиці були спроби лікування α -інтерфероном, але високого рівня доказовості не встановлено [4, 8].

Гепатит Е (ВГЕ) спричиняють чотири генотипи вірусу ВГЕ. Господарем генотипів 1 і 2 є людина. Генотипи 3 і 4 є зоонозами, їх господарями є свині. Так звана епідемічна форма (генотипи 1 і 2) - це захворювання, яке нагадує ВГА, що виникає насамперед у Південній та Центральній Азії, Китаї та Африці на південь від Сахари. Здебільшого інфекція передається через контаміновану питну воду. Генотип 3 існує по всьому світу включно з індустріалізованими країнами. Генотипи 3 і 4 викликають хронічні інфекції в імуносупресивних пацієнтів. Зазвичай інфікування відбувається аліментарно або через препарати крові. Точний діагноз можна встановити, визначивши антитіла IgG та IgM сироватки до вірусу ВГЕ (анти-ВГЕ IgG і анти-ВГЕ IgM). За необхідності також визначають ВГЕ-РНК. ВГЕ треба запідозрювати, якщо пацієнти нещодавно повернулися з Далекого Сходу і мали слабовиражений гепатит, а також в імуносупресивних пацієнтів, у яких було необгрунтоване збільшення концентрації печінкових ферментів, але антитіл проти ВГА не виявлено. Впродовж вагітності ВГЕ може бути особливо

блискавичним, внаслідок чого материнська смертність становить до 20% [3, 8].

Спеціального лікування гострого ВГЕ (генотипи 1 і 2) немає. Рибавірин застосовується для лікування хронічної інфекції, викликані генотипами 3 та 4. Симптоматичне лікування та спостереження проводяться, як і при ВГА.

Існують інші форми вірусних гепатитів. Деякі випадки гепатитів залишаються без встановленого етіологічного діагнозу. Можливо, через те що існують інші віруси гепатиту, крім описаних вище. У 90% пацієнтів з мононуклеозом, індукованим вірусом Епштейн-Барр або цитомегаловірусом, розвивається гепатит. Захворювання зазвичай перебігає легко, і лише приблизно у 5% пацієнтів розвивається жовтяниця.

Лікування гепатиту проводиться після оцінки тяжкості хвороби за допомогою визначення альбуміну плазми і протромбінового часу. ВГ вважається легким, якщо протромбіновий час більше 40%, а сироватковий альбумін понад 30 г/л. Свербіж можна лікувати антигістамінними препаратами або холестираміном (4 г/добу). Слід уникати всіх ліків, що метаболізуються в печінці. Дієта повинна містити багато калорій та вуглеводів [3, 4].

Пацієнта з гострим фульмінантним ВГ (А, В або С) спрямовують до інфекційного відділення. Ознаками такого перебігу є енцефалопатія, протромбіновий час $< 30\%$, МНС $> 2,0$, білірубін > 300 мкмоль/л, гепаторенальний синдром, гіпоглікемія. У таких випадках трансплантація печінки може бути життєво необхідною, а противірусне лікування є неефективним у гострій фазі.

При хронічному ВГВ у HBeAg-позитивних імуноактивних пацієнтів (концентрація АЛТ збільшена, ДНК ВГВ > 2 тис. МО/мл) може бути використаний пегільований α -інтерферон протягом 48 місяців. Лікування забезпечує сероконверсію HBeAg приблизно в третини пацієнтів. Пероральний тенофовір або ентекавір можна застосовувати у пацієнтів, які не відповідають на лікування інтерфероном або як препарати першої лінії. Лікування може тривати навіть протягом років під контролем рівня ДНК ВГВ (табл. 2) [8].

Показання до медикаментозного лікування і реакція на лікування при захворюванні з позитивним і негативним HBeAg

| Тип | АЛТ | ДНК ВГВ (МО/мл) | Біопсія печінки | Рекомендації щодо лікування | Відповідь на лікування |
|------------------|------------------------------------|-----------------|---|---|--|
| HBeAg | позитивний $\geq 2 \times$ норма | $\geq 20\ 000$ | Не обов'язково | Пегільований інтерферон- α -2a впродовж 48 тижнів | – Сероконверсія HBsAg і HBeAg – нормальна ВГВ-ДНК |
| | неодноразово $1-2 \times$ норми | $\geq 20\ 000$ | Обов'язково для пацієнтів старше 40 років | Лікування тільки при запаленні (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): пегільований інтерферон- α -2a впродовж 48 тижнів або тенофовір/ентекавір | |
| HBeAg негативний | Нормальна | $\leq 2\ 000$ | Не обов'язково | Контроль АЛТ з інтервалами у 3-6 місяців | – Сероконверсія HBsAg і HBeAg – ВГВ-ДНК нормальна |
| | Нормальна | $\geq 2\ 000$ | Обов'язково для пацієнтів старше 40 років | Лікування тільки при запаленні (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): тенофовір/ентекавір | |
| | $1-2 \times$ норми 2 000–20 000 | | Обов'язкові | Лікування тільки при запаленні (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): тенофовір | |
| | $> 2 \times$ норми | $\geq 20\ 000$ | Не обов'язково | Тенофовір/ентекавір | |

Хронічний ВГС констатують, якщо АЛТ плазми залишається підвищеною 6 місяців і більше після появи симптомів; проте нормальний рівень АЛТ не виключає можливості хронічного ВГС. Важливим орієнтиром для прийняття рішень щодо лікування є інформація про генотип вірусу.

Показанням для консультації вузького спеціаліста стосовно лікування є ВГС-РНК позитивний ВГС (позитивний якісний аналіз на

РНК ВГВС), якщо пацієнт не має протипоказань до лікування. Біопсію печінки призначають для визначення ступеня пошкодження печінки та оцінки невідкладності лікування [7, 8].

З 2014 р. для лікування ВГС було введено 9 нових специфічних протівірусних пероральних препаратів другого покоління. Використовуючи різні комбінації цих препаратів, можна досягнути 90-100% відповіді на лікування, незалежно від генотипу або рівня пошкодження печінки. Однак проблемою цих препаратів є дуже висока ціна, тому їх використання спрямоване перш за все на тих, хто найбільше їх потребує, тобто пацієнтів з очевидним пошкодженням печінки, викликаним ВГС (METAVIR F2–4). Якщо немає протипоказань, лікування починають з комбінації пегільованого інтерферону- α і рибавіріну [5].

Якщо лабораторні висновки негативні через 4 тижні після початку терапії (так звана швидка вірусологічна відповідь (ШВВ)), лікування продовжують з комбінацією пегільованого інтерферону- α альфа і рибавіріну, що дає 80-95% відповіді на лікування залежно від генотипу. Однак, якщо ШВВ не досягнуто, продовжується лікування комбінацією ліків, специфічних для вірусу.

Протипоказанням до комбінації пегільованого інтерферону- α і рибавіріну є декомпенсований ЦП, тяжка дисфункція печінки, цитопенія, стан імуносупресії, ВІЛ-позитивність, вживання наркотиків або надмірної кількості алкоголю, тяжка депресія, аутоімунні захворювання, тяжкі генералізовані захворювання і вагітність. Нові специфічні протівірусні препарати дуже добре переносяться, а побічних ефектів мало. Якщо немає протипоказань, при тяжкому ЦП можна розглянути необхідність трансплантації печінки.

Щодо експертизи працездатності, то листок непрацездатності видається у гострій фазі відповідно до звичайних правил, тобто пацієнт може повернутися до роботи, як тільки його загальний стан дозволить це зробити. Хронічне ж носійство не повинно перешкоджати особі працювати [6, 8].

Висновок: Вірусні гепатити є актуальною проблемою сучасної медицини в усьому світі, що обумовлено значним поширенням, високою захворюваністю, поліморфізмом клініки, численністю

шляхів і факторів передачі збудників. Ефективне ведення пацієнтів з вірусними гепатитами, раннє виявлення і правильний диференційний діагноз, проведення лікування і консультування таких пацієнтів, вакцинація і контроль за контактними особами – важлива ланка діяльності лікаря первинної медичної допомоги. Забезпечення раціонального маршруту пацієнта з вірусними гепатитами – справа сімейного лікаря і середніх медичних працівників первинної ланки, що забезпечує профілактику ускладнень, до яких можуть призвести гепатити – формуванню хронічних уражень печінки, в тому числі цирозу і гепатоцелюлярної карциноми.

У перспективі подальших досліджень – розгляд клінічних ситуацій щодо ведення пацієнтів з вірусними гепатитами в амбулаторній практиці.

Література

1. Вірусний гепатит В <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-taklinichni-nastanovy/item/76-virusnyi-hepatyt-v>
2. Вірусний гепатит С <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/82-virusnyi-hepatyt-s>
3. Первинна медична допомога: посібник: у 2 т./Л.С. Бабінець, В.М. Ждан, Н.С. Михайловська та ін.; за ред. Л.С. Бабінець. – Львів : «Магнолія 2006», 2019. – Т.1: Загальні положення, внутрішні хвороби у загальній лікарській практиці. – 580 с.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. Проф. Ю.М. Мостового. – 26-те вид., змін. – Київ: Центр ДЗК, 2019. – 792 с. – С. 419-428.
5. Хухліна О.С. Внутрішня медицина та професійні хвороби: діагностика та лікування: Навч. Посібник. Вид. 4-те переробл. Чернівці: БДМУ, 2020. 464 с. – С. 374-380.
6. European Association for Study of Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. J Hepatol 2015;63(1):199-236. [PubMedID]25.
7. Milica Katić, Igor Švab. Family medicine. Izdavač: Medicinska naklada, Zagreb; 2017; 512; 53-68.
8. The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/> Настанова 00216 (переклад укр. мовою) Створена DUODECIM Medical Publications, Ltd.

МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ І ВИКЛАДАЦЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Вступ. З давніх давен вчених цікавила проблема співвідношення «психічного» і «соматичного». Функціонування органів і систем, в тому числі шлунково-кишкового тракту тісно пов'язане з психічним станом людини. Ще лікарі стародавньої Індії вважали, що негативні емоції – це перші щаблі до початку будь-якої хвороби. Давньогрецькі вчені розглядали людину як єдину систему і велике значення надавали характеру і темпераменту. Відомо, що стрес – це захисна реакція організму на будь-який сильний подразник, іншими словами адаптивний синдром [1]. Сполучною ланкою між тілом і психікою є вегетативна нервова система, вплив якої проявляється у вигляді вегето-судинних реакцій. Саме вегетативна нервова система забезпечує пристосування організму до змін умов зовнішнього і внутрішнього середовищ. В сучасних умовах здоров'я розглядається як здатність організму адаптуватися до цих змін, а хвороба - як стрес і порушення адаптації [2-7].

Мета – проаналізувати доцільність і методики визначення стану вегетативного статусу пацієнтів гастроентерологічного профілю в амбулаторній практиці і викладанні.

Основна частина. Практично немає таких патологічних станів, у розвитку і перебігу яких не приймали б участі вегетативні розлади. В одних випадках вони виступають чинником патогенезу, в інших – виникають вторинно, у відповідь на ушкодження різних систем організму [8]. Дисбаланс вегетативної нервової системи з активацією симпатичної та пригніченням парасимпатичної ланки є закономірною реакцією на стрес та одним із патогенетичних механізмів виникнення захворювань органів травлення, в тому числі панкреатиту. [9]. На користь цього свідчать також випадки стресового панкреатиту, що почастишали на фоні складної ситуації в країні та світі. Відомо, що першою фазою зовнішньо-секреторної діяльності підшлункової залози є мозкова фаза, механізм якої реалізується через центральну

нервову систему шляхом умовних і безумовних рефлексів. На мозкову фазу впливає емоційний стан, біль тощо [10].

Особливостями вегетативної дисфункції при захворюваннях шлунково-кишкового тракту є те, що зміни відбуваються переважно на рівні центральної ланки вегетативної регуляції та носять полісистемний характер, тобто порушення в межах одного органа або системи органів призводять до порушення адаптаційних механізмів в цілому. Тому висновок про функціональний стан ВНС при захворюваннях органів травлення можемо зробити на основі оцінки вегетативної регуляції серцево-судинної системи [11-13].

До надсегментарних вегетативних дисфункцій неможливо застосувати принцип синдрому випадіння або подразнення окремого вегетативного центру. Тому вони розглядаються як синдроми дезінтеграції, тобто порушення злагодженої роботи емоційних, вегетативних, моторних і ендокринних систем в забезпеченні гомеостазу [14].

Для виявлення ознак вегетативних порушень у пацієнтів гастроентерологічного профілю використовується опитувальник Вейна, який складається з 11 запитань, на які хворі дають відповіді самостійно, оцінюючи свій стан у балах шляхом підкреслювання. Сума балів вище 15 свідчить про високу вірогідність наявності вегетативної дисфункції.

Згідно з аналізом вітчизняної та зарубіжної літератури у пацієнтів у пацієнтів з хронічним панкреатитом часто спостерігаються тривожно-депресивні розлади. Для їх виявлення рекомендують застосовувати опитувальники Спілбергера-Ханіна, Айзенка. Вони дозволяють оцінити рівень особистісної тривожності (ОТ, стійка індивідуальна риса), реактивної тривожності (РТ, мінлива, визначається у даній конкретній ситуації) та нейротизму (емоційна лабільність, збудженість, схильність до психопатології в емоційній сфері). Значення РТ і ОТ низькі – до 30 балів, середні – 31-45 балів, високі – більше 45 балів. Нейротизм вважається маловираженим при отриманні 3-7 балів, помірним – 8-11 балів, вираженим – 12-15 балів, досить вираженим – 16-18 балів, вкрай вираженим – 19-24 бали. Кількість балів менше 12 слід розглядати як емоційну стабільність.

Стан вегетативної нервової системи оцінюємо за значеннями вегетативного тону, вегетативного забезпечення та реактивності. Під вихідним вегетативним тоном (ВВТ) розуміють відносно стабільні характеристики вегетативних показників у стані спокою. У забезпеченні тону беруть участь механізми, що підтримують метаболічну рівновагу, співвідношення між симпатичною і парасимпатичною системами. Раніше вважали, що симпатична і парасимпатична ланки вегетативної нервової системи функціонують за принципом противаг. Зараз доведено, що посилення функціонування одного відділу призводить до компенсаторного напруження іншого, що повертає функціональну систему до нормальних гомеостатичних показників. Гомеостаз, в тому числі вегетативний, не означає абсолютної сталості, а тільки встановлює межі, коливання в котрих не призводять до порушення функції.

Вегетативний індекс Кердо розраховується за формулою: $I_{Kerdo} = (1 - \text{ДАТ} / \text{Пульс}) * 100$, де I_{Kerdo} – вегетативний індекс, ДАТ – діастолічний тиск. Відповідно до стану вегетативної нервової системи виділяють 5 тонусів:

1. Виражена парасимпатикотонія – переважання парасимпатичного тону, значення показника $> (-31)$;
2. Парасимпатикотонія – проміжний стан між нормою і парасимпатичним тоном, значення від $(-16$ до $-30)$.
3. Норма – врівноваженість симпатичних та парасимпатичних впливів, значення від $(-15$ до $+15)$.
4. Симпатикотонія – проміжний стан між нормою та симпатичним тоном, від $+16$ до 30 ;
5. Виражена симпатикотонія – переважання симпатичного тону, значення показника $> (+31)$ [15, 16].

Вегетативна реактивність (ВР) відображає здатність вегетативної нервової системи швидко реагувати на зовнішні і внутрішні подразники. Для визначення ВВТ і ВР серцево-судинної системи широко використовується кардіоінтервалографія. Метод базується на здатності синусового вузла реагувати на щонайменші вегетативні порушення з боку серцево-судинної системи. Це зумовлено не тільки особливостями іннервації синусового вузла, але і його зв'язками з корою головного мозку і підкірковими утвореннями ЦНС.

Інформативним неінвазивним методом кількісної оцінки вегетативної регуляції на сьогодні визнано аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР) [17].

Серцевий ритм є чутливим індикатором відхилень у вегетативному гомеостазі, та може слугувати найбільш ранньою прогностичною ознакою виникнення багатьох захворювань, в тому числі шлунково-кишкового тракту. Зміна ритму серця — універсальна реакція організму на будь-який вплив середовища. Варіабельність серцевого ритму можна охарактеризувати як вираженість коливань частоти ЧСС по відношенню до її середньої [6]. Також завдяки ВСР можна визначити ступінь та можливості адаптаційних процесів [4, 5]. Аналіз варіабельності серцевого ритму заснований на розпізнаванні та вимірюванні часових проміжків між RR-інтервалами ЕКГ, побудові динамічних рядів кардіоінтервалів (кардіоінтервалограми) з подальшим аналізом отриманих числових рядів різними математичними методами [12]. На основі динамічного ряду інтервалів RR будується кардіоритмограма (КРГ), [12, 18]. У КРГ кожен RR-інтервал поданий у вигляді стовпчика, висота якого відповідає тривалості цього інтервалу. Математична обробка КРГ дозволяє отримати ряд тимчасових, спектральних і геометричних показників, завдяки яким здійснюється об'єктивна оцінка стану ВНС, в тому числі її симпатичного та парасимпатичного відділів. У даний час існує велика кількість методик аналізу ВСР, які можна об'єднати в три групи: методи часового аналізу, аналіз хвильової структури ритму серця (частотний аналіз), нелінійні методи аналізу ВСР (методи аналізу скатерограм) [19].

Спектр інструментальних досліджень, спрямованих на діагностику захворювань вегетативної нервової системи, на жаль, досі залишається обмеженим. У дослідженні вегетативного профілю широко використовується методика аналізу серцевого ритму, менш поширений метод викликаних шкірних вегетативних потенціалів (ВКВП) [20].

У 2001 р. дослідниками Військово-медичної академії (Котельников С.А., Одинак М.М., Шустов Є.Б., Коваленко А.П.) і Санкт-Петербурзького державного університету (Ноздрачев А.Д.) був розроблений спосіб оцінки стану надсегментарних вегетативних

центрів з виділенням інтегрального параметру - індексу ерготропної активності (ІЕА). Рівняння у перерахунку в бали, має такий вигляд:

$IEA = 0,01Hc - 0,8Ins + 17,25Ca - 0,25Bw + 0,1IK + 0,45Sa + 16,4$, где Hc – вміст кортизола в периферичній крові (нмоль/л); Ins – вміст інсуліну в крові (пмоль/л); Ca – вміст загального кальцію в крові (ммоль/л); Bw – маса тіла натще (кг); IK – вегетативний індекс Кердо (од.); Sa – особиста тривожність по шкалі Спілбергера – Ханіна (балл). Значення ІЕА в межах 50–60 балів відповідає стану ейтонії; більше 60 балів – вказує на переважання ерготропної активності надсегментарних вегетативних центрів; менше 50 балів – на переважання трофотропної активності [21, 22].

Загальновідомо, що важливим показником узгоджуваності регуляторних систем організму є вегетативне забезпечення (ВЗ) організму, під яким розуміють підтримку оптимального рівня функціонування ВНС під дією різноманітних навантажень (фізичних, психічних, емоційних, розумових тощо). При цьому слід враховувати фізичну тренуваність, стать, психоемоційні особливості пацієнта. ВЗ оцінюється при виконанні активної кліноортостатичної проби (КОП), дані якої є достатньо інформативними для визначення адекватності функціонування нейрогуморальних механізмів регуляції кровообігу. Вегетативна дисфункція проявляється у зміні вегетативної реактивності і вегетативного забезпечення та викликає порушення обміну речовин (гіперхолестеринемію, диспротеїнемію, гіпер- і гіпоглікемію тощо), порушення системи згортання крові й фібринолізу [23]. У результаті ВД порушується іннервація внутрішніх органів, що зумовлює появу дискінезії ШКТ, порушення серцевого ритму і провідності, судинних дистоній. При пошкодженні і подразненні структур ВНС в різних органах виникають стереотипні морфологічні зміни (спазм судин, дистрофія), пов'язані з виділенням медіаторів (норадреналін, адреналін, серотонін), гормонів кори наднирників, біологічно активних речовин. Ці гуморальні зміни своєю чергою посилюють вегетативний дисбаланс.

Методика проведення КОП полягає в оцінюванні ЧСС і АТ в горизонтальному положенні, а потім під час переходу у вертикальне щохвилини протягом 10 хв.

Нормальна реакція на КОП визначається відсутністю скарг, підвищенням ЧСС на 20-40% від початкової, збільшенням систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ не більше ніж на 5-15% (залежно від початкового). Зниження пульсового тиску в процесі ортостатичної проби не перевищує 50%. На 3-4-й хвилині дослідження показники в практично здорових повертаються до вихідних цифр.

Виділяють 5 патологічних варіантів реакції гемодинаміки на проведення КОП: із надмірним включенням симпатоадреналової системи (гіперсимпатикотонічний), із недостатнім включенням симпатоадреналової системи (асимпатикотонічний, гіпердіастолічний), змішані варіанти (симпато-астенічний, астено-симпатичний).

Гіперсимпатикотонічний варіант – більш різке підвищення САТ, ДАТ і пульсу, обличчя червоніє, хворий скаржить на відчуття жару в голові (відображення гіперадаптації, пов'язаної з порушенням нервової регуляції).

Гіпердіастолічний варіант – ізольоване надмірне підвищення ДАТ при САТ, що не змінюється чи навіть зменшується, значно знижується пульсовий тиск і компенсаторно збільшується ЧСС (найбільш дезадаптивний варіант КОП).

Асимпатикотонічний варіант – САТ і ДАТ не змінюються або різко знижуються, ЧСС може залишатися нормальною або при зниженні пульсового тиску більше ніж на 50% компенсаторно збільшуватися (при значному зниженні САТ можлива непритомність).

Симпатоастенічний варіант – відразу після переходу у вертикальне положення відзначається нормальна або навіть гіперсимпатикотонічна реакція, потім на 3-6-й хвилині спостерігається виражене зниження САТ і ДАТ, ЧСС зростає до 100%, при цьому часто відзначається різка блідість, холодний піт, запаморочення, колапс.

Астеносимпатичний варіант – у перші хвилини ортостазу відзначають різке зниження САТ і ДАТ, різке підвищення ЧСС, потім виникає гіперсимпатикотонічна реакція, внаслідок якої АТ повертається до початкового рівня або вище.

Висновок: Хронічні захворювання органів травлення широко розповсюдженні у структурі захворюваності внутрішніх органів. Залучення сегментарних і надсегментарних вегетативних структур до патологічного процесу значно ускладнює перебіг захворювання, у зв'язку з чим визначення стану вегетативної нервової системи та подальша вегетотропна корекція має важливе значення для підвищення ефективності лікування хронічної гастроентеральної патології взагалі і ХП зокрема. Ці актуальні особливості захворювань гастроентерологічного профілю доцільно включати до викладання дисципліни «загальна практика-сімейна медицина».

Список використаної літератури:

1. Губергриц Н.Б., Зубов А.Д., Фоменко П.Г., Клочков А.Е. (2015). Некоторые аспекты стрессового панкреатита. Сучасна гастроентерологія. 1. С. 81-84
2. Степанов, Ю.М. та Зигало, Е.В. (2020). Показники варіабельності серцевого ритму в оцінюванні адаптаційних процесів і стресостійкості в гастроентерологічних хворих (використання новітніх технологій PRECISE-діагностики). Гастроентерологія, 2. С. 113-123.
3. Тимошук О.В. (2016). Диагностика нарушений адаптации и стрессоустойчивости у детей с хроническим гастродуоденитом. Здоровье ребенка. 6 (74). С. 108-112.
4. Марушко Ю.В., Гищак Т.В. (2015). Показники варіабельності серцевого ритму в оцінюванні адаптаційних процесів Здоров'я України. 2. С. 45–46.
5. Kim, H. G., Cheon, E. J., Bai, D. S., Lee, Y. H., & Koo, B. H. (2018). Stress and Heart Rate Variability: A Meta-Analysis and Review of the Literature. *Psychiatry investigation*, 15(3), 235–245.
6. Koo, K. M., & Kim, C. J. (2018). The effect of the type of physical activity on the perceived stress level in people with activity limitations. *Journal of exercise rehabilitation*, 14(3), 361–366.
7. Stults-Kolehmainen, M. A., & Sinha, R. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(1), 81–121.
8. Пшук Н.Г. (1996). Соматизированные депрессии в общесоматической практике /Автореф. дис. докт. мед. наук. Харьков. 42 с.
9. Палій І.Г., Заїка С.В., Миршук Н.М., Чернова І.В. (2014). Психосоматичні порушення у хворих із патологією шлунково-кишкового тракту: особливості клінічного перебігу та підходів до лікування. Практикуючий лікар. 2. С. 49-56.
10. Коротько Г.Ф. (2013). Возвратное торможение панкреатической секреции. Вестн. клуба панкреатологов. 4. С. 5 – 13.

11. Шапошникова Н.Ф., Давыдова А.Н. (2016). Влияние адаптационных механизмов вегетативной нервной системы на формирование заболеваний желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы у детей. Вестник Волгоградского мед. университета. 2(58). С. 119-121,
12. Величко О.Н., Дацок О.М. (2017). Анализ динамики variability ритма сердца при длительном мониторинге. Радиотехника. Т. 188. С. 79-85.
13. Флюнт І.С., Тимочко О.Б., Гривнак Р.Ф., Оліярник О.Я., Романський Р.Ю., Ткачук С.П. (2011). Зв'язки показника активності регуляторних систем Баєвського з параметрами variability серцевого ритму. Медична гідрологія та реабілітація. Т. 9. №2. С. 1-7.
14. Вейн, А.М. (2010). Лекции по неврологии неспецифических систем мозга: 3-е издание. МЕДпресс-информ. С. 62–63.
15. Мельникова С.В. (2009). Вегетативный индекс Кердо: Индекс для оценки вегетативного тонуса, вычисляемый из данных кровообращения. "Спортивна медицина (Україна)". 1-2, с. 33-44.,
16. Петраш Марина Дмитриевна, & Гребенников Владислав Александрович (2018). Особенности вегетативной регуляции при воздействии повседневных стрессоров: возрастно-половой аспект. Мир науки. Педагогика и психология, 6 (6), 104.
17. Леженко Г.О., Пашкова О.Є. (2011). Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика. Дитячий лікар. 4. С. 20-32.
18. Иванов А.П., Кудинов А.Н., Лебедев Д.Ю., Михеев С.А., Цветков В.П., Цветков И.В. (2017). Катастрофы мгновенного сердечного ритма в модели мультифрактальной динамики и по данным холтеровского мониторинга. Математическое моделирование. Т. 29. №5. С. 73-84.
19. Billman J., Sacha J., Werner B., Jeleń P. (2019). Editorial: Heart Rate Variability and other Autonomic Markers in Children. *Frontiers Physiol.* 10. 185 p., Shaffer F., Ginsberg J.P. (2017) An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. *Front Public Health.* 5. 258 p.
20. Одинак, М.М., Шустов Е.Б., Коломенцев (2012). Методология инструментального изучения вегетативной нервной системы в норме и патологии. Вестн. Росс. воен.- мед. акад. 2 (38). С. 145–152.
21. Котельников С.А. (2003). Индекс эрготропной активности – интегральный показатель состояния надсегментарных центров вегетативной регуляции. Физиология человека. №3. (29). С. 66–71.
22. Коломейцев С.В., Одинак М.М., Мирная Д.А. (2012). Инструментальная оценка эффективности лечения надсегментарных вегетативных нарушений. Вестн. Росс, воен.-мед. акад. №3 (39). С. 112-115.
23. Майданник В. Г., Сміян О. І., Бинда Т. П., Савельєва-Кулик Н. О. (2014). Вегетативні дисфункції у дітей. Суми: Сумський державний університет. 186 с.

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Цукровий діабет (ЦД) – одне з поширених захворювань людини, ускладненням якого є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП).

Мета. Вивчення основних діагностичних критеріїв НАЖХП при ЦД 2 типу та ЦД 2 типу в поєднанні з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на ЦД 2 типу із НАЖХП, які були розподілені на 2 групи. 1-а гр. – 21 хворий із НАЖХП, ЦД-2 і нормальною масою тіла, 2-а гр. – 22 хворих із НАЖХП, ЦД-2 та ожирінням. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Вивчався стан білкового, ферментного, ліпідного обмінів, вміст гомоцистеїну (ГЦ) в сироватці крові. Усім хворим проводилося ультразвукове дослідження (УЗД) печінки на апараті Siemens – 450 та деяким хворим (n=9) було проведено пункційну біопсію печінки з морфологічним дослідженням.

Результати. Встановлено, що ЦД 2 типу із НАЖХП супроводжувався гіперглікемією у 43 (100%) хворих, підвищенням активності індикаторних ферментів (АСТ, АЛТ) у 38 (88,4%) хворих, збільшенням концентрації ГЦ у 40 (93%) в сироватці крові, що спричиняло синдром інтоксикації та метаболічні порушення, що негативно впливало на перебіг ЦД 2 типу. Відзначено також позитивний кореляційний вплив ГЦ в усіх групах на АСТ ($r = 0,88; 0,93$), АЛТ ($r = 0,81; 0,86$), ГГТП ($r = 0,64; 0,87$). Кореляційний вплив на прямий білірубін був також потужним у обох групах обстежуваних хворих ($r = 0,78; 0,84$). Виявлено, що ЦД 2 перебігав з розвитком дисліпідемії у 35 (81,4%) хворих та різною кількістю атерогенних типів гіперліпідемії. Кореляційний зв'язок ГЦ з КА був міцним у всіх групах ($r = 0,87; 0,96$). Патологічні процеси у печінці посилювалися хворих ЦД 2 типу з ожирінням. За даними УЗД виявлялася гіперехогенна тканина печінки, внаслідок дифузної жирової інфільтрації з великозернистою структурою. При пункційній біопсії

печінки мала місце картина осередкової велико- та дрібнокраплинної жирової дистрофії гепатоцитів переважно центральних відділів печінкових часточок.

Висновки. Підвищений рівень ГЦ в усіх групах з обстежених хворих може бути використаний як маркер розладів функціонального стану печінки різного ступеня. Патологічні процеси у печінці посилювалися по мірі збільшення надмірної ваги тіла та негативно впливали на подальший розвиток ЦД з формуванням пізніх ускладнень. Негативний вплив НАЖХП на перебіг ЦД у хворих на ЦД 2 типу із НАЖХП та ЦД 2 типу із НАЖХП та ожирінням призводив до погіршення досягнення ранньострокової та пізньострокової компенсації вуглеводного обміну, підсилення апоптозу гепатоцитів, порушення функціонального стану печінки.

Земляк О.С., Бабінець Л.С.

ДЕТОКСИКАЦІЙНА СКЛАДОВА У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАКРЕАТИТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Вступ. В основі практично всіх гострих і хронічних захворювань лежить тією чи іншою мірою виражений інтоксикаційний синдром. При хронічних найбільш поширених нозологіях клінічний перебіг і прогноз захворювання часто залежить від глибини ендогенної інтоксикації (ЕІ). ЕІ - клінічний синдром, зумовлений накопиченням у тканинах і біологічних рідинах організму продуктів порушеного обміну речовин, метаболітів, деструктивних клітинних і тканинних структур, зруйнованих білкових молекул, що супроводжується функціональними і морфологічними ураженнями органів і систем організму.

Мета – провести аналіз літератури щодо детоксикаційної складової у комплексній терапії загострення хронічного панкреатиту в умовах первинної медичної допомоги.

Основна частина. Перша історична медична згадка про інтоксикацію як про причину хвороби зустрічається у Парацельса (1493-1541), який розрізняв хвороби від внутрішніх і зовнішніх отрут.

У здоровому організмі утворення і виведення ендотоксинів збалансовано. Токсичні продукти постійно утворюються в організмі людини внаслідок відмирання клітин (апоптоз), у процесі обміну речовин, у результаті життєдіяльності мікроорганізмів кишечника і т.д. Накопичене «біологічне сміття» зазвичай знешкоджується шляхом метаболічних перетворень, виводиться нирками, кишечником, шкірою, легеньми; поглинається фагоцитами і т.п. При патологічних станах система детоксикації розбалансовується: «утилізація» токсинів порушується при гіпоксії, зниженні функції печінки, нирок, легень, парезі ШКТ, анемії, гіпоальбумінемії, імунодефіциті та інших процесах. У результаті токсичних продуктів утворюється більше у зв'язку із загибеллю безлічі клітин (некрозу), порушенням обміну речовин, приєднанням бактеріальної агресії і т.д. Все це і складає основу під формування синдрому ЕІ. Наслідками ендотоксикозу є дефіцит об'єму циркулюючої крові (ОЦК) через втрату рідини за рахунок блювання, діареї, поліурії, гіпертермії, задишки, які є зазвичай захисними явищами, однак коли вони сильно виражені, це викликає страждання організму. Внаслідок ЕІ виникає порушення реологічних властивостей крові (гіперкоагуляції, тромбоз); порушення водного-електролітного балансу; порушення капілярної перфузії (гіпоксія); порушення кислотно-лужного стану (метаболічний ацидоз). Всі ці явища є підґрунтям для поглиблення захворювання та виникнення ускладнень.

На боротьбу з ендотоксикозом в організмі людини включається функціональна система детоксикації через механізм біотрансформації токсинів печінкою, нирками, легеньми, через кров і ретикуло-ендотеліальну систему; через розбавлення та іммобілізацію токсинів з позаклітинної рідини та міжклітинних колоїдів, білками крові та еритроцитів, через імунну систему; також шляхом екскреції токсинів і продуктів їх біотрансформації нирками, через ШКТ, потові залози, легені. Якщо органи детоксикації не спрацьовують ефективно, що часто буває при тяжких хронічних захворюваннях, то формується «хибне» коло: з одного боку, накопичуються токсини, формується стан ендотоксикозу, що призводить до порушення мікроциркуляції, гіпоксії, метаболічного ацидозу, патологічної зміни реології крові, а

це своєю чергою призводить до виснаження природних механізмів детоксикації і через це до ще більшого накопичення ендотоксинів.

Клінічно синдром ЕІ проявляється неспецифічними ознаками: скаргами на загальну слабкість, головний біль, зниження апетиту, періодично - нудоту, порушення сну; у загальному аналізі крові - незначним лейкоцитозом, у біохімічному - незначним підвищенням АлАТ, АсАТ, загального білірубіну. Але глибинно в організмі хворої людини нарастають серйозні патогенетичні прояви порушення капілярної перфузії, реологічних властивостей крові, водно-електролітного та кислотно-лужного балансу і т.д., а також прогресуючого виснаження механізмів детоксикації і посилення ендотоксикозу. Ці прояви ЕІ визначають левову долю тяжкості процесу.

Таким чином, лікарю часто буває важливо оцінити у клінічному перебігу захворювання за основними органними проявами (порушенням функції проблемного органу - серця, легень, нирок, печінки, ШКТ і т.д.) глибину системних неспецифічних проявів ендотоксикозу: слабкість, розбитість, лихоманка, лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом, порушення реологічних властивостей крові і коагуляційного потенціалу, цефалгії, міалгії). Більш точно це можна зробити також за такими доступними показниками на етапах первинної і вторинної медичної допомоги, як стан свідомості, пульс, тиск, частота дихання, рутинні загальноклінічні і біохімічні параметри, а також низка більш спеціалізованих показників для визначення ендотоксикозу (рівень середньомолекулярних пептидів, еритроцитарний індекс інтоксикації, циркулюючих імунних комплексів та ін.), що було запропоновано В.К. Гостіщевим у 1992 р.

Таке визначення наявності і глибини ЕІ дозволяє розробити персоналізовану програму малооб'ємної парентеральної детоксикаційної терапії. Завданнями такої терапії є посилення перфузії тканин з метою покращення умов для дифузії токсичних факторів з уражених клітин, тканин і органів у загальний кровотік; гемодилуція для зниження концентрації токсинів у плазмі крові; форсування діурезу, в результаті чого токсини і метаболіти виводяться з організму; усунення наслідків ЕІ (метаболічний ацидоз, електролітні та метаболічні порушення); підтримання

функціонального стану гепатоцитів - найважливішої ланки метаболічної детоксикації.

Все вище проаналізоване є надзвичайно важливим, оскільки ендотоксикоз виснажує природні механізми детоксикації (метаболічний (біотрансформація в печінці); екскреторний (виведення токсинів із сечею, повітрям, що видихається, вмістом ШКТ); імунний (інактивація токсинів клітинами моноцитарно-макрофагальної системи, зв'язування нейтралізуючими антитілами та ін.)). Також синдром ЕІ обтяжує клінічний перебіг основного захворювання; знижує чутливість до терапії; є одним з факторів пригнічення імунітету.

З метою усунення ЕІ необхідно негайно проводити детоксикаційну терапію, яка б була прогнозовано ефективною і безпечною. Це можливо лише за наявності ідеального детоксикаційного препарату, вимогами до якого є наступні: забезпечити адекватну гемодилуцію, ефективну перфузію тканини, усунути електролітні порушення і метаболічний ацидоз, форсувати діурез, стимулювати природні механізми детоксикації, зокрема, забезпечити ефективне функціонування гепатоцитів. Особливо серйозні вимоги до препарату, який можна було б рекомендувати для використання для проведення малооб'ємної детоксикаційної терапії на етапі первинної медичної допомоги. Таким препаратом є Реосорбілакт, який є вітчизняним якісним ефективним комбінованим препаратом для проведення такої терапії.

Основний принцип ефективної малооб'ємної інфузійної терапії за допомогою Реосорбілакту – перерозподіл ендогенної рідини за рахунок введення цього гіперосмолярного препарату, який дозволяє вивести токсини з клітин, де депонується до 28 л рідини, і позаклітинного матриксу, де утримується до 12 л ендогенної рідини, до кровоносного русла, де наявні до 3 л ендогенної рідини. Введення гіперосмолярного препарату забезпечує адекватне розведення токсинів за рахунок введення рідини і збільшення об'єму циркулюючої крові, мікроциркуляторний і реологічний ефекти, посилення перфузії тканин і виведення токсинів, нормалізацію кислотно-лужної рівноваги і ліквідацію метаболічного ацидозу, дилатацію пре- і посткапілярних сфінктерів і таким чином посилення

діурезу, зниження гематокриту, агрегації еритроцитів і тромбоцитів, а також нормалізацію водно-електролітного балансу.

Все це у Реасорбілакті реалізується за рахунок ефективно і раціонально скомпонованого складу: сорбітолової складової, яка забезпечує механізм гіперосмолярності (6 г сорбітолу на 100 мл реасорбілакту), а також енерготропний ефект; лактатного буферу (1,9 г натрію лактату), який забезпечує корекцію метаболічного ацидозу; гармонійного електролітного ансамбля (натрію хлориду - 0,6 г, кальцію хлориду - 0,01 г, калію хлориду - 0,03 г, магнію хлориду - 0,02 г), який дозволяє елімінувати електролітні порушення.

Перевагою такого комбінованого препарату у його комплексній фармакологічній дії, потенціюванні терапевтичної дії кожного з його компонентів, можливості зменшення дози кожного компонента і зниження ймовірності розвитку побічної дії.

Клінічні можливості Реасорбілакту у тому, що він посилює перфузію тканин та створює умови для дифузії токсичних речовин з уражених клітин, тканин та органів до загального кровотоку. За рахунок евакуації води до судинного русла він посилює гемодилуцію, що супроводжується зниженням концентрації токсинів в плазмі крові. Реасорбілакт посилює діурез, внаслідок чого токсини та їх метаболіти виводяться з організму, а також нормалізує функціональний стан гепатоцитів, які являють собою найважливішу ланку в дезінтоксикаційних і метаболічних перетвореннях. Він коригує кислотно-основний стан (за рахунок вмісту лактат-іону), відновлює енергетичний обмін (за рахунок вмісту сорбітолу).

Реасорбілакт має суттєві переваги перед іншими розчинами для дезінтоксикаційної терапії. Наприклад, недоліком 0,9% NaCl є ризик електролітних (гіпернатріємія, гіпокаліємія) порушень, ризик метаболічних порушень (гіпоглікемія, гіперхлоремічний ацидоз) при його використанні. Недоліком розчину глюкози є те, що на тлі стресу здатність утилізувати глюкозу знижена, тому є ризик гіперглікемії, глюкозурії та додаткового зневоднення; крім того, розчин глюкози - гіпотонічний розчин, що посилює ризик виникнення набряку головного мозку. Він не містить солей, тому можливий ризик електролітних порушень. Введення глюкози при стресі може підсилити лактат-ацидоз. Недоліками розчину натрію гідрокарбонату

є те, що він зменшує прояви ацидозу, але не усуває патогенетичну причину; існує реальний ризик розвитку алкалозу і порушення водно-електролітного балансу. Реасорбілакт є найбільш безпечним для проведення адекватної і прогнозованої за ефектом і побічними явищами препаратом для реалізації малооб'ємної інфузійної терапії.

Висновок і практична рекомендація: Рекомендовано застосовувати Реасорбілакт у дозі 6-7 мг/кг/добу для дорослих (200-400мл 1-2 р/добу); дітям (до 6 років) - 10мл/кг/добу; дітям (6-12 років) - половина дози дорослих; дітям (старшим 12 років) - доза дорослих. Курс лікування визначається персоніфіковано і складає у середньому 7-10 процедур до настання клінічної і лабораторно-інструментальної нормалізації стану пацієнта.

Використані джерела:

1. Chronic pancreatitis – investigation and treatment. Trond Engjom, Anne Waage, Dag Hoem, Jan Magnus Kvamme, Truls Hauge, Georg Dimcevski. PMID: 29411568 DOI: 10.4045/tidsskr.17.0341
2. Chronic pancreatitis. Georg Beyer, Aida Habtezion, Jens Werner, Markus M Lerch, Julia Mayerle. Lancet 2020 Aug 15;396(10249):499-512. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31318-0. PMID: 32798493 DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31318-0
3. Chronic pancreatitis Dennis Yang, Chris E Forsmark PMID: 28771447 DOI: 10.1097/MOG.00000000000003776 Curr Opin Gastroenterol. 2017 Sep;33(5):396-403. doi: 10.1097/MOG.0000000000000377.
4. Chronic Pancreatitis: Current Status and Challenges for Prevention and Treatment Daniel Lew, Elham Afghani, Stephen Pandol Dig Dis Sci. 2017 Jul;62(7):1702-1712. doi: 10.1007/s10620-017-4602-2. Epub 2017 May 13. PMID: 28501969 PMCID: PMC5507364 DOI: 10.1007/s10620-017-4602-2
5. [Chronic pancreatitis: new definition and perspectives] Maria Cristina Conti Bellocchi 1, Nicolò De Pretis 1, Antonio Amodio 1, Alessandro Zerbi 2, Luca Frulloni 1 Recenti Prog Med. 2018 Jan;109(1):69-72. doi: 10.1701/2848.28757.PMID: 29451525 DOI: 10.1701/2848.28757

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ НОВОЇ СИСТЕМИ КЛАСИФІКАЦІЇ ЕПІЛЕПСІЇ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС

Однією з найпоширеніших неврологічних патологій є епілепсія. За даними ВООЗ, у світі близько 50 млн осіб страждають на цю недугу. Загальний рівень захворюваності на епілепсію за даними Fiest KM та співавторів (2017) становив 61,4 на 100 000 людино-років (95% ДІ 50,7–74,4). Вищі показники фіксували у країнах з низьким та середнім рівнем доходу - 139,0 випадків, проти 48,9 випадків у країнах з високим рівнем доходу. Різниця, на думку авторів, зумовлена більшим впливом перинатальних факторів ризику, вищими показниками інфекцій ЦНС та черепно-мозкових травм у цих країнах [1].

В Україні станом на початок 2018 р. було зареєстровано 52 482 хворих на епілепсію (0,12% від загальної кількості населення), що відповідає рівню захворюваності 123,7 на 100 000 осіб. Слід зазначити, що ця цифра може бути заниженою, оскільки певна кількість випадків все ще залишається «захованою» у діагнозах у вигляді синдрому, як от «наслідки ЧМТ у вигляді судомного синдрому, ...».

Враховуючи клінічне розмаїття проявів епілепсії, ефективна робота з діагностики, лікування, динамічного спостереження та профілактики неможлива без впорядкованої класифікації. Більше трьох десятиліть головною настановою в царині епілепсії була запропонована у 1985 році та затверджена Генеральною Асамблеєю Міжнародної протиепілептичної ліги (ILAE) у 1989 році "Класифікація епілепсії та епілептичних синдромів".

Однак, розвиток науки й діагностичних методів, поставили вимогу удосконалення існуючої системи класифікації. Враховували також прагнення створити максимально універсальну і водночас, більше зрозумілу для усіх учасників процесу систему. Адже, існує небезпека, що чим детальнішою є класифікація, тим складнішою та заплутанішою вона може стати.

Після широкого обговорення впродовж 4 років, у квітні 2017 року було схвалено для практичного використання оновлену “Класифікацію епілепсії та епілептичних нападів” [2].

Автори наголошують, що багаторівневість класифікації дозволить її використовувати в різних клінічних середовищах з урахуванням ресурсів, доступних клініцисту, який ставить діагноз. Там, де це можливо, слід шукати діагноз на всіх трьох рівнях, а також етіологію епілепсії.

Перш за все, внесені зміни у визначення поняття «епілепсії» та критерії діагностики.

Епілепсія — хвороба мозку, яка визначається наявністю будь-якого з таких станів:

1) не менше двох неспровокованих (або рефлексорних) нападів, які відбуваються з інтервалом більш ніж 24 годин;

2) один неспровокований (або рефлексорний) напад і ймовірність наступних відповідно до загального ризику рецидиву (принаймні 60%) після двох неспровокованих приступів протягом подальших 10 років;

3) діагноз синдрому епілепсії.

Епілепсію розглядають як стійкий патологічний стан дисбалансу нейротрансмітерних систем, при якому в нервовій системі процеси збудження переважають над процесами гальмування, внаслідок чого виникають гіперсинхронні розряди, що клінічно проявляються епілептичними нападами.

На першому рівні слід встановити тип епілептичного нападу. Згідно нової класифікації розрізняють:

1. Напади з фокальним початком:

– зі збереженим усвідомленням;

– з порушеним усвідомленням;

– з моторним початком (автоматизми, атонічні, клонічні, гіперкінетичні, міоклонічні, тонічні, епілептичні спазми);

– з немоторним початком (вегетативні, припинення діяльності, когнітивні, емоційні, сенсорні);

– фокальні з еволюцією в білатеральні тоніко-клонічні.

2. Напади з генералізованим початком:

– моторні (тоніко-клонічні і інші моторні);

– немоторні (абсанси: типові, атипові, міоклонії повік, міоклонічні).

3. Напади з невідомим початком:

– моторні (тоніко-клонічні і інші моторні);

– немоторні.

– неклассифіковані напади

Напади з невідомим початком діагностують за відсутності факторів, які знижують судомний поріг і провокують напад у цей момент.

Припускають, що у деяких ситуаціях (недостатньо достовірної інформації про напад, відсутній доступ до ЕЕГ і відео-моніторингу, за наявності лише одного нападу) діагностика обмежується першим рівнем.

Другий рівень – встановлення типу епілепсії. Згідно класифікації виділяють чотири типи: фокальну, генералізовану, комбіновану, невідому епілепсію.

Фокальна епілепсія передбачає наявність фокальних епілептичних нападів та типових змін на ЕЕГ (в період між нападами чи під час нападу). При нейровізуалізації у пацієнтів з фокальними нападами діагностують структурні зміни головного мозку.

Під час фокального усвідомленого нападу, пацієнт повністю усвідомлює себе та своє оточення. Напади можуть проявлятися руховими, чутливими, когнітивними, емоційними чи вегетативними феноменами. Попередня назва такого виду нападів – "простий фокальний напад".

Якщо під час нападу може короткочасно втрачатися усвідомлення себе та оточення, діагностують фокальний напад з порушенням усвідомлення. Попередня назва "складний фокальний напад" та "фокальний дискогнітивний напад".

Нижче ми наводимо характеристику фокальних нападів з метою демонстрації усього різноманіття їх клінічної картини.

1. Фокальні моторні представлені **клонічними** (ритмічне посмикування м'язів кінцівок однієї половини тіла), **тонічними** (підвищення м'язового тону від декількох секунд до хвилин), **руховими нападами з дистонією** (атетоїдні рухи, які виникають внаслідок скорочення м'язів агоністів і антагоністів), **міоклонічними**

(одиночні ривки тривалістю мілісекунди), **атонічними** (раптова втрата або зниження м'язового тонуусу тривалістю менше 2 секунд), **гіперкінетичними** (рухи проксимальних м'язів кінцівок або тулуба (кручення, стрибки, биття та/або розгойдування), **автоматизмами** (скоординовані, повторювані рухи, які нагадують добровільний рух (причмокування, жування, ковтання, клацання зубами, кліпання тощо), **руховими нападами з дизартрією/анартрією** (початок нападу характеризується труднощами з артикуляцією мови через порушення координації м'язів, що беруть участь у виробленні звукового мовлення).

2. Фокальні чутливі представлені **соматосенсорними** (характеризуються сенсорними явищами, включаючи поколювання, оніміння, ураження електричним струмом в певній частині тіла. Ці напади є результатом подразнення сенсорних ділянок кори), **сенсорними зоровими** (характеризуються елементарними зоровими галюцинаціями (яскраві плями, блискітки, зірочки, скотоми тощо). Виникають в результаті подразнення потиличної частки), **сенсорними слуховими** (характеризуються елементарними слуховими явищами (шум, дзвін, тріск тощо). Виникають при подразненні слухової проєкційної зони кори головного мозку), **сенсорними нюховими** (характеризуються нюховими явищами - зазвичай це неприємний запах), **сенсорними смаковими** (характеризуються смаковими явищами - відчуття кислого, гіркового, солоного тощо. Виникають при подразненні смакової проєкційної зони кори головного мозку), **сенсорними вестибулярними** (характеризуються симптомами запаморочення, обертання. Напади виникають при ураженні проєкційних зон кори тім'яно-скроневої ділянки), **сенсорними нападами з відчуттями гарячого-холодного** (характеризуються появою відчуття жару, а потім холоду).

3. Фокальний когнітивний напад передбачає зміну когнітивної функції, що відбувається в момент початку нападу. Для характеристики вогнищевих когнітивних нападів може знадобитися спеціальне тестування на початку нападу. Фокальні когнітивні напади можна додатково описати за допомогою таких дескрипторів: **когнітивний напад з вираженою дисфазією/афазією** (нездатність говорити у пацієнта, який усвідомлює, що він хоче сказати, але не

може цього висловити. Цей тип судом слід відрізняти від вогнищевого рухового нападу з дизартрією/анартрією, при якому пацієнт говорить, але мова погано артикульована); **когнітивний напад з аномією** (складність у називанні предметів повсякденного життя); **когнітивний напад з рецептивною дисфазією/афазією** (настання нездатності розуміти мову при збереженій свідомості. Вражається домінантна тім'яно-скронева частка); **когнітивний напад зі слуховою агнозією** (характеризується нездатністю розпізнати або розрізнити звуки/слова або пов'язати їх із їх значенням. Наприклад, людина може почути звук дзвінка, але не усвідомлює, що це звучить телефон); **когнітивний напад з провідниковою дисфазією/афазією** (нездатність повторити прослуханий текст при збереженні розуміння почутого та вільного мовлення); **когнітивний напад з дислексією/алексією** (початок нападу пов'язаний з нездатністю читати через порушення розуміння написаних слів. Спостерігається при ураженні ділянки тім'яно-скроневої частки домінантної півкулі); **когнітивний напад з погіршенням пам'яті** (настання нездатності утримувати пам'ять на події, що сталися під час нападу, тоді як інші когнітивні функції та обізнаність зберігаються при нападі); **когнітивний напад з "уже баченим"/"ніколи не баченим"** (характеризується появою відчуття знайомої (уже баченої) чи незнайомої (ніколи не баченої) події); **когнітивний напад з галюцинацією** (характеризується появою галюцинацій); **когнітивний напад з ілюзією** (характеризується зміною фактичного сприйняття із залученням зорових, слухових, соматосенсорних, нюхових та/або смакових явищ, часто без порушення свідомості); **когнітивний напад з дисоціацією** (характеризується переживанням "відключення від себе", хоча й усвідомлюючи, себе чи оточення); **когнітивний напад із нав'язливим мисленням** (характеризується наявністю нав'язливих думок, ідей, що виникають на початку нападу. Це рідкісний тип судом, який спостерігається при вогнищах у задніх парагіпокампульних та лобних частках); **когнітивний напад з дискалькулією/акалькулією** (характеризується труднощами при виконанні або розумінні математичного розрахунку. Вогнище - кутова звивина домінантної півкулі); **когнітивний напад з**

дисграфією/аграфією (характеризується складністю письма); *когнітивний напад з плутаниною ліворуч-праворуч* (характеризується нездатністю розрізнити сторону (праворуч-ліворуч) на початку нападу).

4. Фокальні вегетативні напади характеризуються змінами в системах, контрольованих вегетативною нервовою системою на початку нападу. Вони можуть виникати з об'єктивними клінічними ознаками судомного стану чи без нього, очевидними для спостерігача. Фокальні вегетативні напади можуть бути додатково описані за допомогою таких дескрипторів: **напад із серцебиттям/тахікардією/брадикардією/асистолією;** **з епігастральним відчуттям** (дискомфорт у верхній частині живота, порожнеча, скутість, здуття, голод - відчуття може підніматися до грудей або горла) або з нудотою/блюванням (або іншими шлунково-кишковими явищами); **з блідістю/припливом;** **з гіповентиляцією/гіпервентиляцією/зміненним диханням;** **з пілоерекцією; з ерекцією; з позивами до сечовипускання/ дефекацію; із слезотечею; із розширенням/звуженням зіниць.**

5. Фокальні емоційні напади характеризуються зміною настрою чи емоцій або появою змінених емоцій без суб'єктивних емоцій на початку нападу. Ці емоційні напади можуть виникати з об'єктивними клінічними ознаками нападу або без нього, очевидними для спостерігача. Фокальні емоційні напади можна додатково описати за допомогою таких дескрипторів: **зі страхом/тривогою/панікою** (характеризуються наявністю страху, занепокоєння, тривоги або паніки як вираженої або спостережуваної емоції на початку нападу); **зі сміхом (геластичний)** - сплески сміху або хихикання, як правило, без відповідних пов'язаних емоцій щастя, і описуються як „безрадісні”; **емоційний напад із плачем (дакритичний)** (характеризується наявністю стереотипного плачу, це може супроводжуватися слезотечею, сумним виразом обличчя та риданням. Суб'єктивна емоція смутку може бути присутньою, а може і не бути), **із задоволенням** (характеризується наявністю позитивного емоційного переживання із задоволенням, блаженством, радістю, підвищеним особистим самопочуттям, підвищеною самосвідомістю

чи екстазом); *із гнівом* (характеризується наявністю гніву, який може супроводжуватися агресивною поведінкою).

Пацієнти з *генералізованою епілепсією* можуть мати генералізовані типи нападів (абсанси, тонічні, клонічні, міоклонічні, тоніко-клонічні) та типові міжпападні та/або іктальні результати ЕЕГ. Сімейна історія генералізованих типів нападів або генералізованої епілепсії є додатковим фактором.

До немоторних генералізованих нападів належать *абсанси*:

а) простий типовий - **відключення свідомості на короткий час (2-15 с)**

б) складний типовий - виключення свідомості в поєднанні з клонічними рухами повік, голови, брів, підборіддя, оральної або інших частин обличчя, оральні автоматизми чи автоматизми в руках. Рідко може виникнути міоклонія кінцівок.

в) атиповий - має менш різкий початок, ніж типові абсанси. Може втрачатися тонус м'язів шиї, тулуба або кінцівок та незначні міоклонічні посмикування. Ці судомні напади часто трапляються у осіб з інтелектуальними порушеннями.

Генералізовані тоніко-клонічні напади - двосторонні та симетричні генералізовані рухові напади, які виникають на тлі втрати свідомості. Нападу може передувати аура. Далі виникає тонічна (двобічно підвищений тонус, що триває секунди – до хвилин), а потім клонічна (двобічно стійкі ритмічні посмикування).

Генералізовані клонічні напади – двобічні стійкі ритмічні посмикування на тлі втрати свідомості.

Генералізовані тонічні напади – двобічне підвищення тонузу кінцівок, як правило, тривалістю від декількох секунд до хвилини. На початку тонічних судом може бути “епілептичний крик”.

Генералізовані атонічні напади – раптова дуже короткочасна (<2 секунди) втрата м'язового тонузу без попередніх міоклонічних або тонічних судом. Часто трапляються у осіб з вадами інтелекту.

Генералізовані міоклонічні – одиничне чи серійне скорочення м'язів тривалістю мілісекунди

Генералізований міоклонічно-атонічний – серія міоклонічних скорочень, що може передувати атонії. Зазвичай призводить до швидкого падіння.

Комбіновану епілепсію діагностують у пацієнтів які мають як генералізовані, так і вогнищеві напади.

Термін "**невідома епілепсія**" використовується, коли неможливо визначити тип нападу (через брак інформації для класифікації епілепсії або якщо ЕЕГ демонструє норму чи неінформативна. Може проявлятися моторними, немоторними та некласифікованими нападами.

Третій рівень – діагностика синдрому епілепсії.

Четвертий рівень – встановлення етіології епілепсії. Причини розвитку епілепсії дуже різноманітні. Їх поділяють на такі категорії: структурні, генетичні, інфекційні, метаболічні, імунні та невідомі етіологічні чинники.

Структурна етіологія:

а) вади розвитку кори головного мозку, які виникають внаслідок дії патологічного чинника внутрішньоутробно (вогнищева дисплазія кори, туберозний склероз, лізенцефалія, полімікрогірія, шизенцефалія тощо).

б) вади розвитку судин головного мозку (церебральні ангіоми, синдром Стерджа-Вебера, артеріовенозна мальформація).

в) склероз гіпокампа (часта причина фармакорезистентної епілепсії, у 25% пацієнтів – в анамнезі є фебрильні судоми, може бути когнітивний дефіцит).

г) гіпоксично-ішемічні структурні аномалії головного мозку, які виникають внаслідок інсульту.

д) черепно-мозкова травма - одна з найпоширеніших причин епілепсії.

е) пухлини

є) поренцефальні кісти, які виникають внаслідок перенесеного інсульту, інфекції тощо.

Генетична етіологія – чисельні хромосомні аномалії можуть спричинити появу судомних нападів: синдром Дауна, синдром Клайнфельтера тощо.

Інфекційна етіологія – туберкульоз, ВІЛ, церебральна малярія, нейроцистицеркоз, підгострий склерозуючий паненцефаліт, церебральний токсоплазмоз тощо.

Метаболічна епілепсія виникає внаслідок відомого або передбачуваного метаболічного розладу, при якому судомі є основним симптомом розладу (мітохондріальні розлади, пірідоксинзалежна епілепсія, пероксисомні розлади тощо).

Причини імунної епілепсії – синдром Расмуссена, автоімунні енцефаліти тощо.

У багатьох пацієнтів з епілепсією не вдається встановити причину через низку факторів, до яких, зокрема, належить і відсутність ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. В таких випадках використовують термін «невідомої етіології».

Пошук етіологічного чинника слід розпочинати з першого огляду пацієнта та продовжити на кожному етапі діагностичного процесу. В окремих випадках можна класифікувати декілька етіологічних категорій.

З'являється все більше даних про те, що епілепсія може бути пов'язана з такими супутніми станами, як проблеми навчання, психологічні та поведінкові розлади. При постановці діагнозу пацієнту з епілепсією важливо, щоб уже на ранніх етапах належна увага приділялася діагностиці коморбідних станів з метою забезпечення їх раннього виявлення та належного контролю [3].

Таким чином, використання нової класифікації епілепсії в освітньому процесі, проведення просвітницької роботи та створення методичних рекомендацій з імплементації її в практичну медицину є корисними як у повсякденній клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях, що допомагатимуть покращити ведення та якість життя пацієнтів з епілепсією.

Література

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005 Apr;46(4):470–2.
2. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521.
3. Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А.В., Бурд С.Г., Авакян Г.Г. Классификация эпилепсии Международной Противозепилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2017; 9 (1): 6-25.

Бабінець Л.С., Боровик І.О.
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) - це реакція організму, яка виникає внаслідок довготривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. СЕВ - це процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється у симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відчуженості та зниженням задоволення від виконаної роботи. Згідно із загальноновизнаним підходом до його концептуалізації емоційне вигорання трактують як тривимірний синдром, який характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією і редукцією професійних обов'язків. Існує так звана «група ризику» працівників, які найбільш схильні до вигорання – це ті, хто працює у сфері «людина-людина» і в силу своєї професії змушені багато та інтенсивно спілкуватись з іншими людьми. Фактори, які впливають на вигорання - це індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту. Швидше «вигорають» працівники з слабкою нервовою системою і ті, хто має інтровертований характер. Розповсюдженість СЕВ найбільш часто зустрічається серед таких професій, як лікарі, викладачі, психологи, соціальні працівники тощо. Серед медичних працівників на тлі синдрому емоційного вигорання з часом з'являються психосоматичні порушення, часто зустрічаються тривожні і депресивні розлади.

Історія терміну «синдром емоційного вигорання» (staff burnout syndrome) починається з 1974 року, коли американський психіатр Н.І. Freudenberger вперше звернув увагу на цей феномен у працівників психіатричної сфери і описав його як «порадку, виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил».

У 1977 році на щорічній конференції Американської психологічної асоціації термін «синдром емоційного вигорання» увійшов до наукового лексикону. З'явилося багато публікацій і досліджень стосовно проблеми емоційного вигорання серед медичних працівників. Для повсякденної діяльності медичних працівників характерним є високий рівень стресу, який вони відчують доволі часто. Актуальність проблеми емоційного вигорання видно з наукових публікацій і досліджень, які значно зросли за останнє десятиріччя.

Згідно з визначенням ВООЗ (2001), «синдром вигорання (burnout syndrome) — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою одержати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності (у багатьох випадках) та суїцидальної поведінки.

Цей синдром звичайно розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжалісні виробничі та емоційні вимоги, що відбуваються через надмірну відданість людини своїй роботі з супутньою цьому зневагою до сімейного життя або відпочинку».

При сучасному навантаженні медичних працівників і введенні в їх роботу нових програм і підходів проблемною є не те, що працівник емоційно вигорає, оскільки це є природний процес. Проблема полягає в тому, що лікарі, як правило, не вміють це вчасно помічати. Тому є дуже важливим визначення психодіагностичних прийомів оцінки рівня емоційного вигорання. Потрібне детальне визначення психологічних особливостей, структурних компонентів і функціональних механізмів вигорання та їх залежності від основних індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників. Це надасть можливість людині своєчасно звернути увагу на глибину емоційного вигорання й мобілізувати внутрішні ресурси, а також застосувати профілактичні прийоми, вивчати себе, професійно і особистісно, розвиватися. Якщо медичний працівник протягом довгого часу займається професійною діяльністю, не відчуваючи свого особистого зв'язку з нею, тобто не бачить внутрішньої цінності,

не може їй дійсно віддатися, то неминуче виникає внутрішнє спустошення, тому що не відбувається діалогічного обміну, в якому людина не тільки віддає, але й одержує. Як наслідок, розлад набуває характеру депресії.

Емоційне вигорання — це вид депресивної реакції, що виникає без травматизації й органічних порушень, а тільки лише через поступову втрату життєвих цінностей.

Наукове обґрунтування досліджень емоційного вигорання пов'язують з ім'ям американського психолога К. Маслач.

Модель професійного вигорання розглядається з позиції трьох складових:

- емоційне виснаження;
- деперсоналізація;
- редукція особистісних досягнень

Емоційне виснаження проявляється психічною втомою, емоційним спустошенням, симптомами депресії. Спочатку спостерігається емоційне перенасичення, що супроводжується емоційними зривами, агресивними реакціями, спалахами гніву. Потім розвивається емоційне виснаження, втрачається інтерес до навколишньої реальності.

Деперсоналізація – знецінення (дегуманізація) міжособистісних стосунків, негативізм, цинічне ставлення до почуттів та переживань інших людей. Починають проявлятися негативні установки, зростає знеособленість та формальність контактів, виникають спалахи роздратування та конфліктні ситуації. Для всіх характеристик деперсоналізації важлива втрата емоційного компонента психічних процесів (втрата почуттів до близьких людей, зниження емпатії – чуйності, співпереживання).

Редукція особистісних досягнень характеризується зниженням професійної ефективності працівника, що може проявлятися в негативізмі щодо службових можливостей, в обмеженні обов'язків до соціального оточення, у зниженні відчуття значущості діяльності, що виконується. Яскраво виражене почуття власної неспроможності і некомпетентності.

Наявність цих складових спричинює професійну деформацію особистості, зниження якості життя і втрату сенсу існування.

Фактори, що провокують професійне вигорання (за Бойко В.В.):

1) зовнішні фактори – хронічно напружена емоційна діяльність, дестабілізуюча організація діяльності, підвищена відповідальність за виконання професійних функцій, неблагополучна психологічна атмосфера професійної діяльності, психологічно складний контингент, з яким працює професіонал;

2) внутрішні фактори – схильність до емоційної ригідності, інтенсивна інтериоризація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності, слабка мотивація емоційної віддачі в професійній діяльності, моральні дефекти та дезорганізація особистості.

У розвитку професійного вигорання важлива роль належить особистісним, ситуативним та професійним факторам.

Фактори ризику формування професійного вигорання:

Особистісні фактори: переживання несправедливості; хронічне переживання самотності; переживання соціальної незахищеності; переживання соціальної та міжособистісної ізоляції; неконструктивні моделі подолання стресу; висока мотивація влади та висока афіліація; трудоголізм, поведінка типу «А» (підвищений ризик серцево-судинних захворювань); Слабка Я-концепція, низька самооцінка; низька емпатія та емоційний інтелект; низька професійна мотивація; емоційна нестійкість, нереалістичні очікування.

Ситуативні вимоги: соціальне порівняння та оцінка оточуючих; несправедливість, нерівність стосунків; негативні взаємовідносини з колегами; «важкі» пацієнти, учні, партнери; відсутність згуртованості у колективі, низький рівень організаційної культури; конфлікти в організації та міжособистісні конфлікти; рольові конфлікти, рольова невизначеність; дефіцит адміністративної, дружньої, соціальної, професійної та інших видів підтримки; перенавантаження, недовантаження.

Професійні вимоги: когнітивно важкі комунікації; емоційно насичене ділове спілкування; необхідність постійного саморозвитку та підвищення професійної компетентності; адаптація до нових людей, професійних ситуацій; пошук нових рішень, високий рівень відповідальності; самоконтроль та вольові рішення; нецікава робота;

бюрократизм і паперова робота; відсутність готових рішень, необхідність творчого пошуку.

Прояви професійного вигорання (за П. І. Сидоровим, А. Г. Соловйовим та І. А. Новіковим, 2007 р.):

1) Психофізіологічні:

– відчуття постійної втоми, що не зникає навіть уранці після сну (симптом хронічної втоми);

– відчуття емоційного та фізичного виснаження;

– частий головний біль, що виникає без причини;

– постійні розлади діяльності шлунково-кишкового тракту;

– зниження сприйнятливості та реактивності щодо зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції зацікавлення на факт новизни та реакції страху на небезпечну ситуацію);

– загальна астенизація (слабкість, зниження активності й енергійності, погіршення біохімічних показників крові та гормональних показників);

– різка втрата або різке збільшення ваги;

– повне або часткове безсоння (швидке засинання і відсутність сну рано вранці, починаючи з четвертої години ранку чи, навпаки, неможливість заснути до другої-третьої години ночі і тяжке пробудження вранці);

– постійний загальмований, сонливий стан та бажання спати протягом дня;

– задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні;

– помітне зниження зовнішньої або внутрішньої сенсорної чутливості (погіршення зору, слуху, нюху та дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів);

2) соціально-психологічні:

– байдужість, нудьга, пасивність та депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості);

– підвищена дратівливість у відповідь на незначні дрібні події;

– часті нервові зриви (спалахи немотивованого гніву чи відмова від спілкування, занурення в себе);

– постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішній ситуації причини відсутні (почуття провини, сорому, підозрілості, образи, скутості);

– відчуття неспокою та підвищеної тривожності («щось не так, як треба»);

– гіпервідповідальність і постійний страх («не вийде» та «не справлюсь»);

– загальна негативна установка щодо життєвих та професійних перспектив (за типом «як не старайся, все одно не вийде»).

3) поведінкові:

– відчуття, що робота стає дедалі складнішою, а її виконання – важчим;

– працівник суттєво міняє свій режим дня (рано приходить на роботу та пізно йде з роботи);

– незалежно від об'єктивної потреби працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не виконує;

– керівник відмовляється від прийняття рішень, формулюючи різні причини для себе і оточуючих;

– відчуття даремності, зневіра, зниження ентузіазму у ставленні до роботи, байдужість до її результатів;

– невиконання важливих, пріоритетних завдань та зосередження на дрібних деталях;

– витрачання більшої частини робочого часу на виконання автоматичних та елементарних дій, що не усвідомлюється або мало усвідомлюється;

– дистанціювання від співробітників, пацієнтів, підвищення неадекватної критичності;

– зловживання алкоголем.

Обговорюючи професійний аспект факторів синдрому емоційного вигорання лікарів, треба зауважити, що лікар перебуває в одній ситуації з пацієнтом – у кризовій. Через це можна припустити, що лікар опосередковано піддається вторинному психологічному травмуванню. Емоційне вигорання – це процес, у якому лікар сам бере активну участь і в разі виявлення ознак професійного вигорання на початку процесу у нього з'являється можливість внести зміни у свої стосунки та своє життя.

Профілактичні заходи, що упереджують професійне емоційне вигорання, передбачають особистісно-орієнтовані підходи, спрямовані на покращення здатності особистості протидіяти стресу через зміну своєї поведінки, стосунків. Зокрема, це постійна внутрішня робота над собою, переосмислення поведінки, рефлексія емоційних станів, активний відпочинок, опанування методів саморегуляції. Також важливі заходи, спрямовані на зміну робочого оточення: просвітницька робота щодо сутності та наслідків професійної деформації, створення сприятливого психологічного клімату в колективі, проведення групових тренінгів, реалізація антистресових програм, участь у супервізійних та балінтовських групах.

Концепція поведінкових профілактичних заходів фокусується на первинній профілактиці, яка передбачає такі заходи:

- засвоєння навичок боротьби зі стресом;
- навчання технікам релаксації (прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, самонавіювання, медитація);
- вміння розділити з пацієнтом відповідальність за результат, вміння сказати «ні».

Таким чином, можна говорити про те, що проведення комплексу заходів, спрямованих на профілактику, а за необхідності – й на боротьбу з проявами синдрому професійного вигорання, може бути корисним не лише для підвищення ефективності професійної діяльності медичних працівників, а й для гармонізації їхньої особистості та, як наслідок, забезпечення сприятливої атмосфери у лікарнях та інших медичних закладах.

Процеси соціально-економічних трансформацій, що відбуваються в нашій країні, сприяють змінам, які відображаються в усіх сферах життя, в тому числі й на ринку праці. Стає необхідним поглиблене вивчення феномену синдрому вигорання та профілактичних заходів щодо запобігання його виникнення.

Для досягнення такої мети в процес включаються особистісні якості людини: самостійність, творче джерело, самодетермінація, самовдосконалення, які С.Л. Рубінштейн відносить до базових якостей особистості (Рубінштейн С.Л., 2006), але головною особистісною якістю є активність. А психологічна саморегуляція

виступає як основний і необхідний атрибут успішної особистісної активності, що безпосередньо діє в напрямку збереження біологічного гомеостазу. Кожна людина від народження має здатність керувати своєю поведінкою, спираючись на власні потреби. Ця здатність називається саморегуляцією. На біологічному рівні саморегуляція реалізовується незалежно від волі та бажання людини, але на рівні спілкування, трудової діяльності ми можемо і повинні регулювати своє життя.

Психологічна саморегуляція

Місце і роль психологічної саморегуляції в житті людини досить очевидні за умови прийняття до уваги того, що практично все її життя виступає як множина форм діяльності, вчинків, комунікативних актів та інших форм цілеспрямованої активності (Рассказова Е.И., 2005). Від якісних характеристик процесу саморегуляції залежить успішність, продуктивність, надійність і кінцевий результат будь-якого акту цілеспрямованої активності. У вузько психологічному контексті саморегуляція трактується як системно організований процес ініціації, побудови, підтримки та управління всіма видами і формами зовнішньої та внутрішньої активності людини, рівноваги в системі організму. В сучасній психології існує чимало підходів і теоретичних концепцій щодо цього багатовимірного процесу (Чижма Д.М., 2008). Однак неперехідною залишається структурно-функціональна модель О.О. Конопкіна, на думку якого саморегуляція — це система взаємопов'язаних структурно-функціональних компонентів. А саме:

Мета. Будь-який регуляторний процес починається так чи інакше з формування мети — абстрактного відображення потреб і прагнень людини в кінцевому результаті.

Модель значимих умов відображає певне розуміння людини про умови, в яких відбувається ситуація та здійснюватиметься досягнення мети.

Програма виконавчих дій. План або визначений суб'єктом алгоритм дій, який, на його думку, потрібний для досягнення мети.

Система суб'єктивних критеріїв успішності. Будь-яка сформована мета та її досягнення людиною супроводжується

оцінюванням успішності за допомогою власних і унікальних для кожної людини критеріїв.

Контроль та оцінка результатів. Без цієї складової неможливий будь-який усвідомлений процес життєдіяльності, оскільки на цьому етапі отримується та обробляється інформація про досягнення чи недосагнення мети.

Рішення про корекцію. Завершальний етап саморегулювання, що передбачає можливу перебудову всієї регуляторної системи, якщо досягнута мета не відповідає *суб'єктивним критеріям успішності* (Конопкин О.А., 1995).

Життя людини, її діяльність і взаємовідносини з оточенням — складний та багатовимірний процес, але якщо розглядати всі події та ситуації більш детально, то можна побачити реальне втілення вищеописаної послідовності на різних етапах. Порушення цієї послідовності, розладнання окремих її ланок поряд із несприятливими зовнішніми умовами і є першопричиною проблем у професійній діяльності.

Самостійне регулювання власної професійної діяльності

При дослідженні синдрому вигорання багатьма дослідниками (Орел В.Е., 2001; Aiken H.L. et al., 2002; Елдышова О.А., 2006; Сидоров П.И., 2007) встановлено, що синдром виникає там, де існує хаос. Тобто де немає чітких посадових інструкцій та планування діяльності. Звичайно, в клінічній практиці, яка нерідко супроводжується форс-мажорними обставинами, створення чіткого планування, м'яко кажучи, ускладнюється. Але, як зазначено вище, для профілактики вигорання важливим є наведення перш за все ладу у власному особистісному світі.

Перша і необхідна умова успішної та невиснажливої трудової діяльності — *чітке визначення її цілей*. Починаючи робочий день, необхідно чітко визначити ті результати, в досягненні яких є потреба впродовж цього дня. Це можуть бути як конкретні результати професійної діяльності (зміни стану пацієнтів, етапи роботи з документацією тощо), так і результати щодо перебігу робочого графіка. У пригоді тут можуть стати як звичайна уява, так і ручка з папером (наприклад у вигляді планера-нотатника).

Визначивши мету (бажані результати) власної трудової активності, необхідно також чітко окреслити поточну ситуацію. Чим більше нюансів перебуватиме в полі зору, тим краще. Основним гаслом тут буде: *будь-яке глобальне явище складається з дрібниць*. Хоча при оцінці цих дрібниць не варто забувати і про загальну картину, з якою, власне, і доводиться мати справу в кінцевому результаті.

Маючи в своєму арсеналі мету і оцінивши умови, можна і потрібно визначити програму дій та засоби для їх здійснення протягом робочого дня. Важливо, щоб ця програма була *чіткою, конкретною та послідовною*. Чітке окреслення подумки або на папері власних дій збереже не лише від викликаного втому та напруження забування, але й сприятиме більш спокійному та послідовному виконанню трудових завдань.

Відомий крилатий вислів застерігає: «Якщо хочеш розсмішити Бога, розкажи йому про свої плани». Помилково було б вважати, що все, що ми окреслюємо в уяві або ж на папері, цілком і повністю реалізується в нашому житті. Навпаки — майже завжди мають місце форс-мажорні обставини, які доволі важко врахувати, плануючи власну діяльність. Саме з цієї причини не менш фундаментальною та необхідною, ніж *мета*, є ефективна та своєчасна *корекція* власних дій, а нерідко і власних цілей. Якщо на шляху трапляються складнощі та проблеми — це найперший сигнал про необхідність змін засобів та шляхів досягнення поставленої мети.

Робота і відпочинок

Ні для кого не секрет, що робота, навіть та, яка є покликанням людини, має здатність виснажувати. Однак емоції, навіть позитивні, виснажують організм і особливо нервову систему набагато відчутніше, ніж найнапруженіша фізична чи розумова праця (Трунов Д.О., 2004). Тому з часом представники багатьох професій, не виключаючи і лікарів, ризикують вигоріти через певний час трудової діяльності, але й повна відсутність можливості працювати має деструктивний вплив на особистість. Основою працездатності та збереження власного здоров'я під час професійної активності є планомірний розподіл праці та відпочинку. Це стосується не лише

вихідних та робочих днів або ж обідніх перерв чи кава-брейків. Важливим є не тривалість відпочинку, а його якість та періодичність.

Основним компонентом відпочинку у напруженій трудовій діяльності виступає розслаблення, або релаксація — глибоке м'язове розслаблення, що супроводжується зняттям психологічного напруження (Менделевич В.Д., 2005). В нормальних умовах як тривалий, так і короткочасний відпочинок супроводжується релаксацією, що власне і визначає його якість. На рівні свідомої активності релаксації сприяє повне мисленнєве відволікання від роботи. На фізіологічному рівні процеси, що відповідають за релаксацію, не є підконтрольними волі та бажанням людини, але це не означає, що людина не може керувати цими процесами.

Та що робити, якщо організм після тривалого перебування у напружених трудових умовах не може розслабитися? Така ситуація досить поширена серед представників багатьох професій і призводить до виникнення м'язових спазмів та блоків переважно в ділянці грудного відділу хребта, провокуючи розвиток остеохондрозу, сприяє відмиранню нервових клітин, прискорює дегенеративні процеси в організмі тощо.

Під час 5- чи 10-хвилинної перерви або ж під час відносно тривалої обідньої перерви для підсилення якості відпочинку дуже доречно зробити декілька простих вправ, які не потребують особливих умов для їх виконання, але допоможуть розслабити м'язи шиї, рухові м'язи очей, органи дихання, м'язи спини та кінцівок. Головною умовою якісного відпочинку є повне розслаблення та відволікання від роботи. І так:

– Сядьте на край стільця, вирівняйте спину і декілька разів пообертайте головою в різних напрямках, щосили витягуючи шию.

– Піднімайте та опускайте плечі, послідовно супроводжуючи виконання вправи колоподібними рухами плечей.

– Опустіть руки, стискаючи та розслабляючи пальці, послідовно супроводжуючи виконання вправи колоподібними рухами кистей рук.

– Міцно закрийте очі, потім розслабте повіки та зробіть колоподібні рухи очима в обох напрямках послідовно.

– Під столом підніміть ноги та, не опускаючи їх, пообертайте стопами послідовно в обох напрямках.

Стежте за тим, щоб приміщення, де ви працюєте, регулярно провітрювалося. Недостатність свіжого повітря викликає гіпоксію, яка супроводжується сонливістю та головним болем.

Доведено, що при прослуховуванні класичної музики покращується робота мозку, особливо якщо вона звучить негучно. Сильні, металеві звуки пригнічують нервову систему.

В неробочий час різноманітні водні процедури також можна широко використовувати для сприяння загальній релаксації.

Техніка дихальної релаксації. Ця методика (Сандомирский М.Е., 2005) є засобом, призначеним для екстреного та експрес-застосування, тому дає швидкий ефект. Для виконання необхідно виділити досить незначну кількість часу та виконувати цей прийом не лише в ситуаціях дискомфорту та напруження, але й протягом дня декілька разів (до 10–15), приділяючи максимум 1 хв. Тобто відволікаючись від роботи лише на 1 хв, ви полегшуєте свою свідомість, звільняючи її від поточних справ на певний час, стимулюєте розслаблення м'язів, а це сприяє відновленню сил та збереженню працездатності.

При першому виконанні потрібно сісти та прийняти найбільш зручну позу. Одну руку тримаємо в зоні пупка, а іншу на грудях (цю частину потрібно виконувати лише на початку опанування технікою при першому виконанні, для того щоб запам'ятати правильну послідовність дихальних рухів та адекватні відчуття). Робимо глибокий вдих, на початку якого трохи випинаємо живіт уперед, а потім здимаємо груди (здійснюючи таким чином хвилеподібні рухи). Вдих має тривати не менше 2 с. Далі затримуємо дихання на 1–2 с. Видихаємо повільно та плавно не менш як протягом 3 с (видих обов'язково має бути довшим за вдих!). Далі знову, без паузи, йде глибокий хвилеподібний вдих, й цикл починає повторюватися. Необхідно здійснити 2–3 подібних цикли дихання (максимум 5 циклів за один підхід). *Рекомендації щодо застосування.* Не слід намагатися виконати техніку максимально досконало з першого разу. Вправа буде корисною, навіть якщо її виконання не буде ідеальним. Необхідно знати, що у деяких випадках при виконанні техніки може виникнути легке запаморочення. Це залежить від індивідуальних

особливостей. У цьому разі потрібно просто скоротити кількість циклів, виконуваних за один підхід.

Виконувати техніку необхідно в моменти емоційного збудження, у стані напруженості, при виникненні сильного серцебиття під час сильних переживань, для зменшення втомленості після роботи, за наявності конфліктних ситуацій для збереження спокою.

Особисте душевне благополуччя людини значною мірою залежить від того, як вона керує своїми почуттями, думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не змінює навколишній світ людини, але змінює та організовує саму людину в потрібному їй напрямку. Адже відомо, що вплив будь-якої події на людину залежить не стільки від характеру самої події, скільки від глибини її переживання. Сильний інтелект, толерантність, духовна витривалість у досконалому володінні своїми емоціями, настроями та вчинками — всі ці якості не допускають схильності до синдрому вигорання. Якщо психологічної енергії у людини достатньо і духовна витривалість висока, то на неї не діють дрібні казуси та непорозуміння, при яких люди зі слабкою духовністю та слабким психічним здоров'ям виходять із рівноваги.

Сучасними психологами та лікарями розроблено чимало технік, прийомів та програм психологічної саморегуляції. До них належать техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи (арт-терапія, музикотерапія тощо) та безліч іншого. Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.

Література

1. Науменко, Г. М. Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. Стратегії успішного створення ефективної організаційної культури в медичному закладі (практичні кейси клініки Мейо) / Г.М. Науменко // *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. - 2020. - N 8. - С. 30-36
2. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції // *Український медичний часопис*/ 2009. - №2 (70) III-IV. – с.57-59.
3. Малец Л. Внимание: “выгорание” / Л. Малец // *Персонал*. – 2000. – №2. – С. 99–102.

4. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.
5. Калайтан Н. Л. Психологічні чинники розвитку синдрому емоційного вигорання та його динаміка у лікарів швидкої та невідкладної медичної допомоги : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Н. Л. Калайтан; Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «ХАІ». – Х., 2011 – 24 с.
6. Swensen S., Kabacene A., Shanafelt T. Physician-organization -collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. J Healthc Manag. 2016. Vol. 61, №2. P. 105-27. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111930/>
7. Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015. Vol. 90, №12. P. 1600-13.
8. Friedberg M.W., Chen P.G., Van Busum K.R. et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. Rand Health Q. 2014. Vol. 3, №4. P. 1.
9. Maslach C., Jackson S., Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
10. Williams E.S., Konrad T.R., Linzer M. et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the Physician Worklife Study. Health Serv Res. 2002. Vol. 37, №1. P. 119-41. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2F1475-6773.00007>
11. Williams E.S., Manwell L.B., Konrad T.R., Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. Health Care Manag Rev. 2007. Vol. 32, №3. P. 203-12. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.hmr.0000281626.28363.59>
12. Leiter M.P., Maslach C. Nurse turnover: The mediating role of burnout. J Nurs Manag. 2009. Vol. 17, №33. P. 331-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>

Корильчук Н.І., Воронцов О.О., Ясній О.Р.
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського

ПРОВЕДЕННЯ ОСКІ: ПОГЛЯД ВИКЛАДАЧІВ СТАРШИХ КУРСІВ

Вступ. Одним із провідних завдань вищої медичної освіти в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я є

забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог, а саме посилення практичної зорієнтованості в процесі формування спеціальних професійних компетентностей у майбутніх лікарів. Студент у процесі навчання повинен засвоїти комплекс знань, умінь та навичок, що дозволить йому ідентифікувати й вирішувати проблеми подальшої практичної діяльності.

Оцінити та удосконалити практичну підготовку студентів на окремих етапах навчання покликаний об'єктизований структурований клінічний іспит (ОСКІ). Цей метод широко застосовується в західних медичних університетах. Вперше метод оцінки ОСКІ був проведений в 1972 році у Данії та описаний в літературі у 1975 році. ОСКІ (Objective Structured Clinical Examination (OSCE)) – сучасний тип оцінки практичних знань та вмінь студентів, що призначений для перевірки набуття ними клінічної майстерності та компетентностей, які неможливо оцінити традиційними формами іспитів [6, 10]. Найбільш популярним цей іспит є у Великобританії [8, 9].

В українських ВМНЗ ОСКІ перебуває на етапі активного впровадження. Упродовж останніх років розробляються та вдосконалюються методики, що покликані додатково акцентувати увагу на практичній підготовці студентів, інтегрувати викладання пропедевтики та власне клінічних дисциплін на старших курсах, розробити чіткі та єдині алгоритми виконання та оцінювання кожної навички. Запровадження ОСКІ в існуючу програму оцінювання є досить складним процесом, який потребує досвіду від викладачів та значного обсягу теоретичних і практичних знань від студентів [4, 8, 12].

Сьогодні існує певна кількість науково-методичних доробків [4, 7, 8, 9], що розкривають суть проведення ОСКІ, їх видозмінювання, удосконалення, осучаснення, основлення і т.д. Проведення іспиту ОСКІ — вимога медичного навчання сьогодення. Ця методика, на відміну від традиційних методів оцінювання знань, дозволяє оцінити та продемонструвати, що студенти «можуть зробити», а не те, що вони «знають» [7, 9]. Адже, професія лікаря, належить до професій типу „людина – людина”, професіоналізм фахівця залежить насамперед від його комунікативних якостей, стилю спілкування, від сили впливу на поведінку інших людей та інтегральної чутливості до

об'єкта, процесу й результату професійної діяльності [5]. Науковці наголошують [3, 5, 6, 11], що у процесі комунікативної діяльності лікар виконує лікувальну, діагностичну, психологічну, посередницьку та інші функції, поряд з тим розв'язує низку професійних завдань: установлює контакт з пацієнтом; приймає й передає інформацію; приймає й передає емоційний стан; впливає на поведінку та хід думок пацієнта і т.д. Якщо лікар вміло організує професійне спілкування, то в пацієнта активізуються додаткові психологічні сили, які можуть сприяти швидкому одужанню. При цьому лікар виконує різні ролі [5, 6, 11]: лікар-дослідник, лікар-психотерапевт, лікар-співрозмовник, лікар-колега, лікар-порадник. Науковці вказують на декілька традиційних моделей спілкування лікаря і пацієнта: інформаційну (холоднокровний лікар і повністю залежний від нього пацієнт), інтерпретаційну (лікар, який уміє переконувати пацієнта), консультативну (довіра і взаємна згода) і патерналістську (лікар-опікун). Причому, в різних ситуаціях, чи для тих чи інших пацієнтів лікар використовує різну модель, або лікар наділений якостями тої чи іншої моделі в більшій, чи меншій мірі.

Тобто, кожна з професійних ситуацій, зумовлена однією із названих ролей чи моделей, передбачає володіння словом, яке є не лише інструментом спілкування, а й часто чудодійними ліками, особливо, якщо його вчасно сказано та вдало підібрано. Натомість невміле й невдале слово може призвести до негативних наслідків.

Мета дослідження. Провести аналіз проведення ОСКІ на 3 курсі, викладачами старших курсів, який дозволить краще зрозуміти методіку викладання студентам-медикам на молодших курсах та удосконалити викладання студентам-старшокурсникам.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення мети використано теоретичні та емпіричні методи дослідження (спостереження, порівняння, моніторинг), проводили аналіз літератури, аналіз чек-листів ОСКІ для студентів 3 курсу.

Результати й обговорення.

Оцінювання студентів 3 курсу за методикою ОСКІ в ТНМУ відбувалося з залученням до іспитів нас, викладачів кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики сімейної

медицини, отримали достатньо підстав для міркувань, які заслуговують, на нашу думку, більш широкого обговорення.

Варто зазначити добру організацію іспиту із урахуванням всіх складових, необхідних для демонстрації студентами різних професійних навичок у формі, що в навчальному процесі є найвищою й зветься «ділова гра».

Дванадцять екзаменаційних завдань виконувалися в 12-ти кабінетах – «станціях» з відповідною нумерацією. Без затримок й очікування, кожен студент згідно особистої маршрутної карти мав змогу сумарно заробити відмінну оцінку (12 балів) – по одному балу на кожній станції. Викладачами кафедри забезпечувалися робота двох станцій – «Станція 1» (фізикальне обстеження серцево-судинної системи) та «Станція 11» (розпитування пацієнта із захворюванням внутрішніх органів).

На «Станції 1» оцінювалося ряд компетентностей по 4 чек-листах. А саме: визначення меж відносної тупості серця та судинного пучка методом перкусії; визначення меж абсолютної тупості; вимірювання артеріального тиску на обох руках за методом Короткова; реєстрація електрокардіограми.

Так, наприклад, студент отримував чек-лист з практичною навичкою: *Вимірювання артеріального тиску на обох руках за методом Короткова.*

Компетентності, які оцінювалися:

– *комунікативні навички при проведенні фізикального обстеження пацієнта;*

– *навички проведення фізикального обстеження органів серцево-судинної системи (вимірювання артеріального тиску на руках за методом Короткова).*

Матеріально-технічне забезпечення станції:

стандартизований пацієнт, 1 крісло, завдання для студента (видається на руки студенту), чек-лист, стетофонендоскоп (має мати студент), тонометр, бланк відповіді студента.

Проведення практичної навички:

студент ознайомлюється з умовами завдання, які йому видають при вході до кімнати. Після сигналу студент розпочинає вимірювання артеріального тиску стандартизованого пацієнта.

Інформація для студента.

Пацієнт поступив у стаціонар зі скаргами на головний біль, захитування при ходьбі. Близько 10 років лікується з приводу гіпертонічної хвороби.

Завдання: Виміряйте рівень артеріального тиску пацієнта на обох руках.

Інформація для стандартизованого пацієнта:

ви – пацієнт, який звернувся по медичну допомогу. Студент (лікар) планує вимірювання вашого артеріального тиску. За наявності запиту на обстеження дайте на це згоду.

Алгоритми дій студента у даній клінічній ситуації:

1. Студент з привітним виразом обличчя і посмішкою вітається, представляє себе пацієнту, пояснює мету обстеження, отримує згоду на це.

2. Проводить психологічну підготовку пацієнта, пояснює, яке положення той має зайняти на початку дослідження (сидячи, рука розігнута, вільно лежить на поверхні стола, під ліктьовий суглоб підведений кулак іншої руки).

3. Запитує у обстежуваного рівень його робочого АТ.

4. Вимірює пацієнту артеріальний тиск на обох руках:

4.1. Готує місце накладання манжетки (оголене плече);

4.2. Накладає манжетку так, щоби її край, де відходить гумова трубка, розташовувався на 2–3 см вище від ліктьового згину і був звернений донизу;

4.3. Перевіряє правильність накладання (просуває один палець між манжеткою і рукою пацієнта – він має проходити вільно);

4.4. Визначає пальпаторн опульсацію ліктьової артерії та кладе у місці, де визначається пульсація, фонендоскоп;

4.5. Закриває вентиль гумового балону манометра та інтенсивними рухами нагнітає повітря у манжетку.

4.6. Повільно і плавно (із швидкістю зниження тиску на 2 мм.рт.ст. за 1 сек.) випускає повітря з манжети, слідкуючи за показаннями манометра;

4.7. За допомогою стетоскопу (фонендоскопу), розташованому в ділянці проекції ліктьової вени вислуховує тони Короткова; визначає показник манометра у момент, коли починають вислуховуватись

тони серця (систоличний артеріальний тиск) та коли вони зникають (діастолічний артеріальний тиск);

4.8. Вимірює артеріальний тиск на протилежній руці.

5. Коротко пояснює пацієнту результати обстеження.

6. Дякує пацієнту, завершує розмову.

На «Станції 11» проводився збір скарг та анамнезу зі сторони 4-х основних систем: серцево-судинної, дихальної, сечо-видільної і шлунково-кишкового тракту. Опитування проводилося згідно розроблених чек-листів, які включали різні моменти пропедевтики внутрішніх захворювань. Дуже важливо, що в чек-листах були запропоновані наступні кроки алгоритму дії студента після отримання даних від хворого: вміння підсумувати отримані результати і визначити подальшу діагностичну та лікувальну тактику.

Викладачам кафедри проводились консультації працівниками ВУЗу що готували ОСКІ, під час яких надавались вичерпні відповіді щодо технічних моментів проведення іспиту, орієнтовних алгоритмів вирішення задач, клінічних сценаріїв, розподілу балів, їх підсумок і т.д. Чек-лист по кожній станції обирався безпосередньо перед іспитом для унеможливлення витоку інформації. Після закінчення іспиту з кожної станції вилучались екзаменаційний лист з балами і опрацьовувався підрахунок кількості балів по всіх станціях. Атмосфера під час іспиту була робочою, студенти з позитивним зарядом та частковим екстримом, успішно завершили іспит, мобілізуючи знання.

Спільним для кожного екзаменаційного завдання обох станцій, була необхідність демонструвати власні комунікативні навички першого контакту з пацієнтом, навіть коли його роль грав манекен (волонтер).

При ознайомленні з різними компетентностями готуючись до перевірки ОСКІ по «Станції 1» ми звернули увагу, що комунікативним навичкам відводиться 0,1 бал з 1 можливого. При виконанні завдань станції ймовірність втратити по 0,02 бали (5 навичок комунікативних по 0,02 в сумі становили 0,1 бали) через невміння спілкуватися з пацієнтом здавалася не реальними. Проте, ми помилилися... Більшість студентів розгублювалися при демонстрації комунікативних навичок. А саме, забували привітатися і представити

себе, пояснити мету спілкування, отримати згоду пацієнта, проводити словесний контроль самопочуття під час обстеження, тощо. Здавалося, що студенти якнайшвидше хочуть виконати фізикальте обстеження пацієнта-волонтера і перейти на іншу станцію для здачі ОСКІ.

Наприклад, простежувалося наступне - наклав електроди пацієнту-волонтеру, зареєстрував ЕКГ, не спілкувався з пацієнтом ні до ні після обстеження (часто й не зняв електроди), залишив плівку пацієнта в ЕКГ-апараті (часто без даних пацієнта), вийшов зі станції. Причому, виконання фізикального обстеження (запис ЕКГ), для студентів виявився самим простим, усі майже без помилок накладали електроди, працювали з ЕКГ апаратом, проте моменти комунікації – опускали. Прослідковувалося й те, що студент настільки поглинув в виконання перкусії меж серця, що й забув про комунікацію.

Найбільше втрачали балів студенти, яким випав чек-лист з вимірюванням АТ. Банальне здавалося б вимірювання артеріального тиску на обох руках за методом Короткова (за одним з чек-листів), було чомусь для студентів самим важким (україномовних і іноземців) у всіх відношеннях. До прикладу, часто забували уточнити робочий АТ пацієнта (втрачали 0,1 бал), не правильно накладали манжетку, забували вимірювати на 2-х руках, наповнювали манжетку на 80-100 мм рт.ст. більше потрібних цифр тощо. Для нас, викладачів, що працюють з старшими курсами, це знайшло пояснення й розуміння такої ситуації, як відсутність стажу користування тонометрами і, як наслідок – відсутність автоматизму в проведенні даного обстеження. Вже після ОСКІ спілкуючись зі студентами в позаекзаменаційній обстановці, зясувалося, що багато хто в домашніх умовах користується електронними тонометрами (напівмеханіка, напульсники тощо), студенти, хто має родичів, яким вимірює АТ, той в кращій мірі і володіє методикою (тобто спрацьовує автоматизм). Знати теорію вимірювання АТ без постійної практики – виявилось малоефективним.

Вразило й те, що на цій станції (Станції 1), ми спостерігали цікаву тенденцію: україномовні студенти добре виконували фізикальні обстеження, проте мало володіли (дехто майже не володів) комунікативними навичками; студенти-іноземці ж, показували набагато кращий результат комунікативних навичок. Студенти інших

країн демонстрували привітний вираз обличчя, віталися, усміхалися, чітко представляли себе, пояснювали мету спілкування, перепитували під час обстеження про самопочуття обстежуваного, дякували, прощалися тощо. Проте, часто прослідковувалося й таке, що настільки вдавалися до комунікації, що просто не встигали завершити фізикальне обстеження й теж втрачали бали.

У наукових джерелах [10, 12] ми ознайомились, що у низці країн ЄС на рівні держави були застосовані стратегії, спрямовані на впровадження в закладах вищої освіти технологій з опанування комунікативних навичок. Так, у США Рада з акредитації вищої медичної освіти (ACGME – орган, відповідальний за акредитацію всіх програм медичної підготовки лікарів у Сполучених Штатах) визнала комунікацію однією із шести обов'язкових компетенцій, які підлягають оцінюванню при складанні майбутніми лікарями ліцензованого іспиту [12]. Так, учені в численних дослідження виявили позитивні зв'язки між навичками спілкування та покращенням стану здоров'я пацієнтів, зокрема фізіологічних показників – артеріального тиску, рівня глюкози у крові; стану здоров'я (частота головного болю депресія) та показників функціонального статусу, у тому числі зменшення страждання пацієнтів через хвилювання щодо хвороби [10].

На «Станції 11» проводили оцінювання серцево-судинної системи, яке полягало в деталізації скарг і анамнезу у хворого з підозрою на інфаркт міокарда. Стандартизовані пацієнти мали чіткі інструкції, у відповідності до яких відповідали дуже чітко і лаконічно лише на коректно поставлене запитання. Це вимагало від студентів логічного мислення і знання алгоритму збору скарг та анамнезу у пацієнта з гострим коронарним синдромом, а саме: локалізація болю, його іррадіація, тривалість, характер та інтенсивність. Опитування з боку сечо-видільної системи було націлене на уміння студентів виявити особливості больового синдрому у хворих з захворюваннями сечового міхура і нирок. Запитання стосувалися різних аспектів дизуричного та інтоксикаційного синдрому. Іншого спрямування чек-листи стосувалися опитування хворого з патологією ШКТ. У них більше уваги приділялося виявленню факторів ризику у виникненні захворювань шлунка та печінки. Зокрема, студент повинен був

згадати про чинники, які сприяють виникненню гепатиту С, В, ВІЛ-інфекції та ін. Важливе значення надавалося і вмінню розпитати характеристику больового синдрому, дотримання пацієнтом раціонального харчування, шкідливі звички. Опитування хворого з патологією дихальної системи мало на меті оцінити знання студентів у діагностиці ХОЗЛ шляхом деталізації скарг та анамнезу у стандартизованого пацієнта. Велика увага була приділена вмінню проаналізувати результати клініко-інструментальних методів обстеження, на які хворих опирався у своїх відповідях на запитання.

Викладач на цій станції мав оцінити алгоритми дій студента у вибраній клінічній ситуації. Причому, саме ця станція вимагала від студента активних комунікативних навичок, а саме - студент з привітним виразом обличчя і посмішкою вітається, представляється, вказує рівень компетенції (студент якого курсу) пояснює мету спілкування, отримує згоду на це; запитує, як можна звертатися до пацієнта; уточнює паспортні дані пацієнта; збирає основні скарги; розпитує про деталі кожної з них; про можливі супроводжуючі скарги; історію його захворювання; розвиток симптомів у динаміці (посилення, зникнення, поява нових симптомів); попередні обстеження та їх результати; попереднє лікування та його ефективність; дає відповідь на запитання пацієнта і т.д. Проте, в частині роботи «Опитування хворого» помітною стала неприємна тенденція. Інформація, яку «хворий», за сценарієм ділової гри, мав надавати лише у відповідь на уточнюючі запитання (деталізація скарг тощо), часто залишалася не використаною. Інколи, як і в реальному житті, хворий, сподіваючись на більш швидку реакцію лікаря, починав самостійно «вдаватися в деталі». Така ситуація виникала після несподіваної заяви студента про завершення опитування. Зрозуміло, що оцінка втрачала частину балів (0,05, 0,1, чи більше).

Про які комунікативні чи професійні навички можна говорити, коли освіта та професія хворого залишалася невідомими? Скільки вірогідних несприятливих або шкідливих факторів не отримують уваги фахівця? Яким буде прогноз передінфарктного стану чи патології легень, коли провокуючі чинники не вивчено і продовжують діяти? Як формулювати, на скільки спрощувати запитання?

Наприклад: «У вас продуктивний кашель?», «Чи не маєте розладів ШКТ?»

Складалося враження, що студенти не бачать перед собою хворого як особистість, а лише певний симптомокомплекс. До цієї думки ми схилилися, коли де-хто зі студентів демонстрував, що не вміє й слухати відповіді на власні запитання.

Наприклад:

– У вас є підвищення температури?

– Так.

– Добре. А ще щось турбує?

– Кашель.

– Добре. А болі відчуваєте?

– Так.

– Добре...

Більшість відповідей хворого породжує послідовні додаткові логічні запитання лікаря, що й складає зміст професійного спілкування. В прикладі що наведено, не було з'ясовано: наскільки висока температура; скільки часу триває, тощо? Окрім того, слово – «Добре», виглядало не доцільним з вуст студента-медика. Виникало бажання спитати. - «Добре що болить?; Добре що температура? І т.д.», чи «Добре, що болить і температура у Вас, а не у мене?».

І знову при аналізі відповідей студентів та рівня комунікаційних їх характеристик, постає твердження про те, що саме взаєморозуміння, установлення довірливих стосунків з лікарем допомагають пацієнтам краще зрозуміти проблеми зі своїм здоров'ям: хворі активно залучаються до процесу прийняття рішення про лікування, усвідомлюючи свою відповідальність за дотримання рекомендацій, зміну способу життя тощо [3,6,10]. Водночас формальне спілкування, опитування пацієнта за стандартним переліком запитань призводять до упущення важливої інформації, необхідності призначення додаткових методів дослідження, іноді – до помилкової діагностики, збільшення витрат на лікування тощо.

Ми, викладачі кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики - сімейної медицини, які в своїй повсякденній роботі оцінюють рівень знань та вмінь у студентів 6 курсу, фактично спостерігали за результатами зусиль своїх колег на попередньому

етапі навчання. Цей досвід дав поштовх в удосконаленні занять для старшокурсників, на що звернути увагу, що ще запропонувати, впровадити в навчальний процес, чи зробити акценти. Це спонукало нас до внесення корективів у навчальний процес (більше приділяємо уваги комунікації) і підходів до перевірки і контролю знань.

За педагогічним визначенням, навички – це прості професійні дії, які доведено до автоматизму шляхом багаторазового повторення. Отже, ми розуміємо, що після трьох років навчання студенти знаходяться лише в процесі свого самовдосконалення і демонструють, інколи, далеко не кращі результати. Нам є ще над чим працювати і ми знаємо як сприяти покращенню підготовки фахівців. Самі ж студенти, незважаючи на стрес, пов'язаний з іспитом теж сприймали його позитивно. Аналізували свої помилки, промахи, інколи більше обумовлені тим, що спішили, ніж тим що не знали. Це свідчить про високий навчальний характер подібних форм перевірки знань.

Нагадаємо, на останнє, афоризми від Гіппократа [1, 2]: «Всяка справа вдосконалюється оволодінням техніки». «Всякий навик досягається вправою». «Лікарське мистецтво може бути надбано тільки протягом дуже довгого часу і тільки тоді воно може принести користь людям».

Висновки. Ми отримали досвід від ОСКІ і незважаючи на складність, розуміємо як позитивний. Проведення ОСКІ є цікавим та динамічним і дозволяє оцінити не лише теоретичні знання студента, але й практичні (як функціональні так і комунікативні). Щоденна рутинна робота викладача зі спілкуванням зі студентом-медиком різних курсів потребує важливих акцентів не лише на теоретично-практичні нюанси медицини в цілому, але й на комунікативні навички, словарний запас, формулювання речень тощо. Доцільні були б впровадження додаткових факультативів, лекцій, онлайн-навчань по комунікації, психології, для в подальшого навчання високого рівня професіоналів, та поряд з цим уникнути емоційного вигорання студента-медика, а в подальшому лікаря.

Список використаної літератури.

1. Афоризмы великих врачей: Гиппократ, Гелен, Авицена, Арнольд из Виллановы, Парацельс/ [сост. В.П.Бутромеев, В.В.Бутромеев].-М.: Просвещение, 2017.-304 с.
2. Воронцов О.О. Використання афоризмів медичного спрямування у викладанні загальної практики – сімейної медицини на додипломному етапі вищої медичної освіти / Воронцов О.О., Бабінець Л.С.// Сімейна медицина.-2018.-№1 (75).- С.51-54.
3. Воронцов О.О. Досвід минулого у формуванні комунікативних навичок майбутнього лікаря: «Знаючи минуле, лікар повинен передбачати майбутнє» /Воронцов О.О., Бабінець Л.С.// Сімейна медицина.- 2019.- №2 (82).-С.11-13.
4. Клигуненко О.М. Впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту для проміжної атестації лікарів інтернів I року навчання за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія»/ Клигуненко О.М., Єхалов ВВ, Седінкін ВА, Халимончик ВВ. //Південноукраїнський медичний науковий журнал.-2016.-№14(14).-С.54—57.
5. Климов Е.А. Психология профессионала. – М. – Воронеж: 1996.
6. Корильчук Н.І. Комунікативність майбутнього лікаря / Корильчук Н.І., Боцюк Н.Є., Творко В.М.// Збірник матеріалів II регіональної науково-практичної конференції: «Українська професійна мова: історія і сучасність».-2016.-С.6-8.
7. Оюунгоо Б. Формативная оценка клинических навыков студентов в OSCE / Оюунгоо Б., Цэрэндагва Д., Солонго Б. // Сибирский медицинский журнал.-2010.-№7.-С.12—13.
8. Пилипенко М.М. Структурований клінічний іспит з анестезіології у Великій Британії: досвід впровадження в Україні/ Пилипенко М.М., Рибінкіна І., Бондар М.В., Шлапак І.П.// Медицина неотложных состояний.-2015.-№1.-С.178—184.
9. Пилипенко М.М. Перший досвід впровадження Британського варіанту екзамену за системою OSCE наприкінці дворічної інтернатури/ Пилипенко М.М., Рибінкіна І., Шлапак І.П. // Біль, знеболення та інтенсивна терапія.-2014.-№3.-С.5—14.
10. Exploring the ACGME Core Competencies: Interpersonal and Communication Skills. Part 6 of 7 [Internet]. Available from: <https://knowledgeplus.nejm.org/blog/acgme-core-competencies-interpersonal-and-communication-skills>
11. Kilminster S., Roberts T. (2004). Standard setting for OSCEs: trial of borderline approach. Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract. 9(3):201—209.
12. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Health Aff. 2010; 29(7): 1310–1318 p
13. Frank JR, Snell L, Sherbino J. Emanuel RC. Do certain personality types have a particular communication style? International journal of social science and humanities. 2013; 2(1) Publisher Full Text

14. Mukerji G, Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Rating Scales. Communicating with patients and families about unnecessary tests and treatments. The Royal Collage of Physitians and Surgions of Canada. 2017.

УДК 378.147.88:614.253.52

Бількевич Н.А., Андрейчин С.М.

ДО ПИТАННЯ СТУДЕНТ-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В МЕДИЧНОМУ ЗВО: ХТО ВОНИ, НАШІ СТУДЕНТИ?

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

Вступ. Професійна компетентність у будь-якій сфері діяльності передбачає володіння знаннями та навичками, проте набагато важливішим є вміння використовувати їх у практичній роботі. Саме тому вища медична освіта сьогодення базується на компетентісному підході з чітко окресленими професійними характеристиками випускника медичного ЗВО. В цьому контексті майбутні спеціалісти в галузі медицини повинні володіти широким набором якостей, необхідних для успішної діяльності. Як приклад, можна навести список професійні якості медичної сестри [6]:

Вміння й здібності. А. Увага: здатність тривалий час зберігати стійку увагу, не дивлячись на втому і сторонні подразники, помічати невеликі зміни в досліджуваному об'єкті, розподіляти увагу при виконанні декількох дій, швидко переключати її з одного виду діяльності на інший.

Б. Пам'ять: здатність легко запам'ятовувати словесно-логічний матеріал (терміни, дати), точно відтворювати його в потрібний момент, спроможність пізнання факту або явища за малою кількістю ознак, здатність протягом тривалого часу утримувати в пам'яті велику кількість інформації, точно передати один раз почуте, легко запам'ятовувати наглядно-образний матеріал.

В. Моторика і сенсорика: здатність до швидких дій в умовах дефіциту часу, стійкість до статичних навантажень, пластичність рухів, швидкість і точність пальців рук, швидка реакція на раптові

слухові і зорові подразники шляхом певних рухів, вміння впізнавати й розрізняти кольори, перепади температури.

Г. Уява: здатність прогнозувати наслідки подій з врахуванням їх вірогідності, бачити декілька можливих способів дій і подумки вибирати найбільш ефективний, знаходити нові і незвичайні рішення, здібність до відтворення образу за словесним описом.

Д. Мислення і мова: здатність прийняти правильне рішення в умовах дефіциту часу, уміння вибирати з великого об'єму інформації ту, яка необхідна для вирішення даного завдання, робити висновки з суперечливої інформації, чуття на наявність проблеми там, де здається, що вже все вирішено, здатність розглядати проблему з декількох точок зору, уміння давати чіткі і ясні формулювання, а також зв'язно і логічно викладати свої думки в розгорнутій формі, хороша дикція.

Е. Спілкування (комунікативні здібності): здатність привертати до себе людей і викликати у них довіру, швидко знайти потрібний тон і доцільну форму спілкування з пацієнтом, спроможність до швидкого встановлення контактів з новими людьми, уміння погоджувати свої дії з діями інших осіб, дохідливо донести до слухача свої думки і наміри, вести ділову бесіду.

Ж. Працездатність: швидке входження в працю, витривалість і здатність підвищувати працездатність на завершальних етапах, збереження високого рівня працездатності за рахунок алгоритмічності дій, збереження високої працездатності в монотонних й одноманітних умовах, перешкодостійкість в процесі праці.

Емоційно-вольові якості. А. Емоції: емоційна стійкість при ухваленні відповідальних рішень, врівноваженість і самоконтроль в кризових ситуаціях, здатність передавати іншим людям позитивний заряд, швидка адаптація до нових умов, уміння знайти привабливі сторони в будь-якій роботі, емпатія.

Б. Воля: збереження зібраності, здатність до вольової мобілізації, високий самоконтроль емоцій і поведінки, здатність брати на себе відповідальність у складних ситуаціях, енергійність (здібність до тривалого збереження високої активності), ефективно подолання відчуття втоми, завзятість в подоланні труднощів, уміння змусити

себе робити нецікаву, але необхідну роботу, підкорятися і точно виконувати розпорядження, відстоювати свою точку зору.

Якості особистості: 1) терплячість; 2) стриманість; 3) доброзичливість; 4) привітність; 5) відповідальність; 6) акуратність; 7) тактичність; 8) чуйність; 9) уважність; 10) добросовісність.

Професія лікаря належить до сфери діяльності “людина-людина” [2]. Ця робота є нелегкою, пов’язана з емоційними перевантаженнями, стресовими ситуаціями, відповідальністю за людське життя, часто виникає синдром емоційного вигорання, що диктує необхідність виховання якостей, які ставить до випускників професія, ще із студентської лави. Тому зростає інтерес до актуалізації внутрішніх резервів самих студентів, зокрема, до їх психологічних особливостей, що співвідноситься зосорбистісно-орієнтованою парадигмою у вищій освіті [2]. Дж. Холланд у 1966 р. розробив концепцію, яка об’єднала теорію особистості з теорією вибору професії. Основним положенням теорії є те, що напрямок професійної діяльності визначається такими факторами як ціннісні орієнтації, інтереси, установки, мотиви [2]. За Дж. Холландом у медичній сфері діяльності найкраще реалізують себе особи соціального типу, який має наступні характеристики: лідерство, товарицькість, розуміння, здатність до переконання. Його основні цінності – соціальні й етичні. Віддає перевагу діяльності, пов’язаній з впливом на інших людей (учити, інформувати, розвивати, лікувати). Володіє викладацькими здібностями, готовий зрозуміти інших. Вирішує проблеми, спираючись, головним чином, на емоції, відчуття, вміння спілкуватися.

Дослідження в галузі психології та управління людськими ресурсами вказують на те, що людська популяція є недонорідною, з різним набором та потужністю психологічних функцій, які детермінують діяльність людської психіки у різних аспектах. Карл Густав Юнг, емпірично, на основі 60-річного спостереження за пацієнтами, дійшов висновку, що між людьми існують психологічні відмінності, настільки ж невід’ємні, як, наприклад, колір очей. Він довів, що мислення і поведінка людини безпосередньо залежать від структури її психіки та розробив типологію психологічних типів. В основі юнгівських психотипів лежать такі властивості вищої нервової діяльності як темперамент, швидкість процесів збудження і

гальмування, у структурі взята за основу модель психіки З. Фрейда. Вони ж визначають установки на вид діяльності – сфери, у яких людина може працювати ефективно при найменших затратах сил та енергії [1, 3, 5, 7].

Класифікація психотипів Юнга ґрунтується на двох установках (екстраверсія – інтроверсія), на чотирьох психологічних функціях, які він описав як попарно альтернативні (логічне мислення – емоційне відчуття, інтуїція – сенсорне відчуття). Альтернативність означає, що одна функція з кожної пари завжди більш розвинена, ніж інша [3]. Слід зауважити, що в основі типологічної моделі і поняття психологічного типу лежить ідея вподобань. Це можна пояснити на прикладі існування двох способів стиснути руки, сплівши пальці. Кожна людина при цьому надає перевагу одному із способів, інший супроводжується дискомфортом. Так і застосування юнгівських функцій: кожна людина надає перевагу, тобто, більше задіює одну з парних функцій: мислення або емоційне відчуття, сенсорне відчуття (сприйняття навколишнього світу “тут і зараз”) або інтуїцію (відчуття явища в цілому за окремими його фрагментами, його зміни в часі). Виходячи з цього, одні психічні функції є сильнішими, інші – слабшими. Психологи пояснюють це результатом соціальної природи людини, яка в процесі розвитку набуває певної спеціалізації в суспільстві. Соціальні вимоги ведуть до того, що людина перш за все більше диференціює (розвиває) ту зі своїх функцій, за якою вона від природи найбільш обдарована [3, 5].

Послідовники К.Юнга американки К. Бріггс та І. Бріггс-Майерс розвинули його вчення, описали характерні риси психологічних типів. Вони відзначили вплив структури людини на спосіб її існування у світі: професійну орієнтацію, творчі здібності, ставлення до різних видів діяльності, до людей, книг, навчання, праці тощо. Ця типологія отримала в США і країнах Європи назву “Теорія типу особистості” (Type Theory) [3]. І. Бріггс-Майерс розробила систему тестів для визначення типу особистості, яку вона назвала “Індикатор типів особистості Майерс-Бріггс” (The Myers-Briggs Type Indicator) або МВТІ [41]. Опитувальники Майерс і Бріггс застосовуються при підборі військових пілотів і моряків у США, функціонують інститути

і центри з вивчення психологічних типів. Створено національний інститут типології.

В цьому контексті застосування типологічного підходу до пізнання особистісних якостей студентів-майбутніх медичних працівників становить практичний інтерес, адже індивідуальний психологічний підхід до кожного студента щодо організації його/її навчального процесу на практиці важко здійснити без спеціальної підготовки та за браком часу. У той же час типологічний підхід дозволив би оптимізувати навчальний процес кожного студента за критеріями його чи її психологічної групи [1, 3, 5, 6].

Мета роботи – дослідити співвідношення осіб з різними психотипами та установками на вид діяльності серед студентів медичного ЗВО та їх зв'язок з індивідуальними психологічними якостями, необхідними у навчанні (увага, пам'ять на зорові образи, оперування логічним матеріалом, комунікативність, координація рухів).

Об'єкт та методи власних досліджень. Основним методом досліджень було опитування студентів із застосуванням анкетування та діагностичного інтерв'ю [3]. Опитано 183 студенти 3 курсу медичного факультету ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, які навчались на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фтизіатрії. З метою визначення психологічного типу користувались анкетною В. Гуленко [5]. Наступним етапом анкетування було визначення студентами свого психотипу за описаними психологічними портретами [3]. В опитаних студентів вивчали зв'язок між психотипом та психічними якостями, необхідними в навчанні (увага, пам'ять на зорові образи, оперування логічною інформацією, комунікативність, координація рухів). При проведенні тестування застосовували стандартизовані методики, що використовуються у професійній психодіагностиці [4].

В якості тесту на оцінку уваги застосовували методику Мюнстенберга (оцінка вибіркової уваги, її концентрації та об'єму). В плані дослідження здатності до сприйняття зорової інформації та короткочасної пам'яті на зорові подразники застосовували тести "Пам'ять на образи" та "Впізнавання фігур". Логічне мислення досліджували за тестами "Кількісні співвідношення" та "Закономірності числового ряду". Оцінку рівня комунікативності

проводили за методикою В.Ф. Ряховського. Також оцінювали координацію дрібних рухів пальців рук за методикою штрихування кіл.

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики з обчисленням середньої величини (M), її похибки (m), показника достовірності (P). Різниця середніх значень показників вважалась достовірною при $P < 0,05$.

Результати дослідження та обговорення. Дослідження розподілу психологічних типів у 183 студентів 3 курсу медичного факультету показало, що усі психологічні типи серед опитаних студентів представлені, проте не всі – рівномірно. Найбільший відсоток припадав на студентів з ведучими функціями екстраверсії та сенсорного відчуття: етико-сенсорних екстравертів (21,31%) та логіко-сенсорних екстравертів (16,23%). Найменше (по 3 студенти або 1,64%) представлені студенти з ведучими функціями логічного мислення та інтуїції: інтуїтивно-логічний екстраверт, логіко-інтуїтивний екстраверт, інтуїтивно-логічний інтроверт, сенсорно-логічний інтроверт. Ведучі функції логічного мислення та інтуїції бувають у осіб, установкою на вид діяльності яких є дослідництво (сайєнтисти). Таких серед 183 опитаних було лише 7,11% (табл. 1). Студентів із установкою на соціальні відносини (соціали – ведучі функції – сенсорне відчуття та емоційне відчуття) було найбільше – 33,88%, що відповідає роду діяльності практикуючого медичного працівника згідно теорії Дж. Холланда [2, 4].

Таблиця 1

Розподіл опитаних студентів за установкою на вид діяльності

| Вид діяльності | К-сть студентів | Частка у% |
|-----------------------|------------------------|------------------|
| Керівники | 55 | 30,05 |
| Комунікатори | 53 | 28,96 |
| Соціали | 62 | 33,88 |
| Дослідники | 14 | 7,11 |

На наступному етапі дослідження нам важливо було визначити, чи дійсно психологічний тип студента пов'язаний з психічними якостями, необхідними в навчанні (увага, сприйняття, мислення). Адже за відсутності такого зв'язку втрачається сенс в практичному використанні типологічної діагностики з метою оптимізації навчання.

У 30 опитаних раніше студентів проводили тестування на предмет дослідження необхідних у навчанні психологічних якостей: пізнавальних (увага, короткочасна пам'ять на зображення), логічного мислення (розуміння кількісних співвідношень та прихованих закономірностей), комунікативності та координації рухів.

Виявилось, що здатність студентів до вибіркової уваги, сприйняття образів, логічного мислення, комунікативність, навіть деякою мірою координація рухів були по-різному представлені у групах студентів, розподілених за юнгівськими функціями.

Так, концентрація і вибірковість уваги, оцінена за тестом Мюнстенберга, були більшими в осіб з ведучою функцією логічного мислення, ніж емоційного відчуття ($P < 0,02$).

При дослідженні короткочасної пам'яті на зорові образи (тести "Пам'ять на образи" та "Впізнавання фігур") спостерігали різку відмінність результатів у групах з екстравертною та інтровертною установками. Респонденти з екстравертною установкою достовірно краще запам'ятовували образи ($P < 0,001$), тоді як пам'ять на абстрактні символи була значно кращою в інтровертів ($P < 0,001$), що ще раз підтверджує особливості сприйняття інформації представниками цих двох груп [3, 4, 5]. Виявилось, що в дихотомії емоційне відчуття-логічне мислення була тенденція до кращого впізнавання образів студентами з домінуючою функцією емоційного відчуття ($t = 1,19$, $P > 0,05$). Спостерігалась тенденція до кращого запам'ятовування образів респондентами з сильною функцією сенсорного відчуття ($t = 1,56$, $P > 0,05$), у той же час інтуїтивні краще запам'ятовували символи ($t = 1,87$, $P > 0,05$).

При дослідженні логічного мислення за методиками "Кількісні співвідношення" та "Закономірності числового ряду" виявили, що в дихотомії емоційне відчуття-логічне мислення останні дещо краще бачили числові взаємовідносини ($t = 2,04$, $P > 0,05$), і достовірно краще – приховані закономірності ($P < 0,002$). У дихотомії сенсорне відчуття-інтуїція відмічали краще розпізнавання кількісних взаємовідношень у групі інтуїтивних ($P < 0,01$), тоді як приховані закономірності в обидвох групах студенти бачили з однаковою частотою.

Результати опитування більшості студентів за тестом В.Ряховського відповідали нормальній та дещо підвищеній

комунікативності. Спостерігалась більша комунікативність у осіб з домінуючою функцією емоційного відчуття порівняно із студентами з сильною психологічною функцією логічного мислення ($P < 0,05$), екстравертів порівняно з інтровертами ($P < 0,02$). Отже, наші дані узгоджуються з точкою зору ряду авторів [1, 5] в тому, що не можна повністю замінювати поняття “екстраверсія” на “комунікативність”: “Як видно з визначень самого Юнга, в цих поняттях товариськість і замкнутість – далеко не головне. Товариськість може мати в основі як інтерес до людей (екстравертний), так і інтерес до корисної або цікавої інформації (інтровертний). Є екстравертні типи, що вважають за краще спостерігати об’єкт збоку. І навпаки, інтроверт може активно спілкуватись, створюючи собі тим самим внутрішній комфорт”.

В тесті з штрихуванням кіл (для визначення координації рухів пальців рук) виявили дещо більшу кількість погрешностей у інтуїтивних студентів порівняно з сенсорними ($t=1,59$, $P > 0,05$). Це відповідає загальним уявленням про інтуїтивний тип [4, 5]: такі люди менше спроможні сприймати сенсорні відчуття і володіють гіршою координацією рухів, що вимагає посиленої роботи з тренування мануальних навичок.

Висновок. Досліджувані нами психічні функції, необхідні студентам у навчанні (увага, сприйняття зорових образів та зорова пам’ять, оперування логічним матеріалом, комунікативність, координація рухів) певною мірою залежать від домінування тих чи інших психологічних (юнгівських) функцій, що, власне, становить суть поняття “психотип”. Невелика виборка не дозволяє нам робити чіткі висновки, проте тенденції, які проглядаються у представлених даних, вказують на необхідність проведення подальших досліджень у цьому напрямку, а також на важливість врахування психологічних особливостей студентів в організації навчального процесу.

Список літератури:

1. Гуленко В.В. Гуманитарная соционика. - Черная Белка, 2009.
2. Зеер Э.Ф., Павлова АМ., Садовникова Н.О. Профориентология: Теория и практика: Учеб. пособие для высшей школы. Изд. 3-е. – М.: Академический Проект; Фонд “Мир”, 2008. – 192 с.

3. Каммероу Дж., Баргер Н., Кирби Л. Ваш психологический тип и стиль работы. – Пер. с англ. А. Багрянцевой. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 224 с.
4. Психодиагностика и профориентация в образованных учреждениях / Ред.-сост. Л. Д. Столяренко. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 416 с.
5. Соционика для профессионалов. Соционические технологии в педагогике и управлении персоналом. Составители: Т. Н. Прокофьева, В. Г. Прокофьев, А.С. Девяткин. Под общей редакцией доктора философии в области соционики Т.Н. Прокофьевой. – М.: Изд-во “Алмаз”, 2008. – 323 с.
6. Хетагурова А.К., Касимовская Н.А. Изучение психологических типов медицинских сестер для оптимизации процесса управления медицинским коллективом.//Сестринское дело. – 2005. – №7. – с. 4-8.
7. Stephen Montgomery. People Patterns. A Modern Guide to the Four Temperaments. Archer Publications. Del Mar, CA, 2002.

Криськів О.І., Гребеник М.В.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

ЯК СТАТИ ХОРОШИМ ЛІКАРЕМ

Вступ. Допомогати людям – надзвичайно благородна справа. А професія медика – найгуманніша, адже вона покликана стояти на сторожі людського життя. Саме лікарі дарують здоров'я людям, рятують від найрізноманітніших хвороб. Тому образ лікаря в уяві багатьох людей пов'язаний з надією і захистом. Дійсно, у багатьох ситуаціях лікар є останньою рятівною інстанцією для хворого. Клятва Гіппократа спонукає людей у білих халатах перебороти всі емоції й особисті негаразди, щоб виконати свій обов'язок. Лікар часто лікує не лише тіло, а й душу людини, вселяючи в її серце віру та надію. І це не можуть не цінувати ті, кому медики дарують радість одужання чи поліпшують якість здоров'я і життя. Роздумують про лікарів не тільки пацієнти, а й самі лікарі. Адже кожен хоче стати саме хорошим лікарем. І кожний задумується як цього досягнути. У переломному 2020 році, зважаючи на пандемію коронавірусної інфекції і несприятливу епідемічну ситуацію у світі та в Україні, а також відповідно до розпоряджень та листа МОН України від 11.03.2020 р. №1/9-154, науково-педагогічні працівники, студенти та інтерни

Тернопільського національного медичного університету переведені на дистанційний режим роботи. Актуальним стало питання визначити шляхи щодо створення системи викладання за дистанційною формою навчання [1].

Мета дослідження – удосконалення шляхів практичної підготовки лікарів-інтернів фаху «Внутрішні хвороби» під час on line навчання на очному циклі інтернатури.

Матеріал і методи дослідження. Проаналізовано бачення ідеалу лікаря серед лікарів-інтернів фаху «Внутрішні хвороби» (9 чоловік). Опитування проводилось усно впродовж on line навчання в умовах карантинних заходів через поширення коронавірусної інфекції в Україні. Питання з'ясовували знання (розуміння) інтернів щодо професійних якостей особистості лікаря і комунікативної компетентності, передбачали забезпечення безперервності навчального процесу.

Результати й обговорення. На етапі первинної післядипломної спеціалізації в інтернатурі передбачені гармонійні умови для навчання дипломованих лікарів з урахуванням основних характеристик, що відрізняють лікаря-інтерна від студента [2]. Саме цей етап післядипломної освіти є найбільш значущим у контексті безперервного професійного розвитку лікарів, здатних до постійного самовдосконалення впродовж усього життя з метою вирішення сукупності проблем, що постають нині перед системою охорони здоров'я всієї світової цивілізації [3]. В умовах швидкого поширення коронавірусної інфекції та переходом системи освіти на дистанційне навчання пройшла переорієнтація самої системи навчання як на додипломній, так і у післядипломній освіті. Завдяки комп'ютерним технологіям стала можливою подача теоретичного матеріалу у вигляді лекцій у режимі on line при проведенні конференцій, семінарських, практичних занять. Такі форми навчання розширюють коло слухачів та надають можливість проводити спілкування й дискусії у реальному часі [4]. Ще одна перевага інноваційних технологій на післядипломному етапі – розширення кола мотиваційних інтересів молодих лікарів за рахунок доступності (особливо для тих, хто живе під час карантину у віддалених

місцевостях), можливості вибору місця і часу навчання, спілкування з аудиторією на різній відстані одночасно.

Інноваційні технології дають можливість розглядати у реальному часі клінічні ситуації, пов'язані з ризиком для життя і здоров'я людей. Моделюються клінічні ситуаційні завдання, а інтерн має можливість їх розв'язувати. Доводиться також вирішувати й психологічні аспекти спілкування лікаря-інтерна з пацієнтом у різних клінічних ситуаціях, аналізувати його поведінку, у ряді випадків виправляти помилки.

Ідеал лікаря, якого хоче бачити людство, це - людина на високому духовному і моральному рівнях, із доброю професійною підготовкою, чутлива до інших, альтруїстична. Бути лікарем – це покликання, а не розрахунок, це - гуманність і милосердя, це – врятовані людські життя.

Гарним лікарем є людина, яка розуміє ціну медичного фаху в Україні і, не зважаючи на це, зберігає свої моральні якості, ставлячи на перше місце професіоналізм. Насамперед, у лікаря повинно бути бажання допомагати людям та вдосконалюватися впродовж усього життя. Якщо говорити професійною мовою, то лікар (англійською мовою Medical Doctor) - фахівець із повною вищою медичною освітою, який в установленому законом порядку постійно займається підтримкою або відновленням людського здоров'я, через запобігання (профілактика), розпізнавання (діагностика) та лікування захворювань і травм. Це можливо завдяки ґрунтовним знанням з анатомії, фізіології, перебігу різноманітних хвороб і їхнього лікування, досвіду та практики лікаря. Усе це складає мистецтво медицини.

Виконувати добре своє покликання означає пам'ятати про те, що пацієнт - це завжди особа, тому ніколи не можна його інструменталізувати; потрібно дивитися на нього як на духовно-тілесну єдність; пам'ятати про його духовний вимір (через хворобу людина страждає не лише фізично, а духовно); до хворого не можна ставитися лише як до клінічного випадку, носія хвороби, лікар має шанувати конкретну людину, з її неповторною історією як здоров'я, так і хвороби. Важливо налагодити з пацієнтом особливі відносини, уміти щиро порозмовляти, порадити, дати надію; бути простим і лагідним; пам'ятати, що пацієнт має право на пропорційну медичну й

санітарну опіку. Лікар - це той, хто шанує автономію пацієнта, пам'ятаючи що для початку терапії потрібна згода пацієнта або його рідних. Підвищений інтерес у групі викликали слова інтерна про те, що «лікар повинен догодити пацієнту». Довелось роз'яснити, що лікар у стосунках «лікар-пацієнт» виступає у ролі своєрідного капітана, який керує кораблем. Тому тактовна, доступна за змістом, розмова з пацієнтом про конкретне захворювання певної людини, необхідні методи діагностики, лікування і перебіг захворювання, повинна заспокоїти людину, прояснити ситуацію, розвіяти її тривоги. Це породить у пацієнта довіру до лікуючого лікаря як професіонала і чуйної людини. Лікар не догоджає пацієнту, а підбирає найкращу діагностичну і лікувальну тактику у кожному конкретному випадку. Кожен лікар (чи молодий, чи старший) у своїй практиці опирається на знання та детальний аналіз скарг, анамнезів захворювання, об'єктивного і додаткових методів обстеження, проведеного диференційного діагнозу. Тому лікарю не слід плутати поняття готовність допомогти пацієнту і догодити пацієнту.

Лікар має також постійно вдосконалювати свої знання та навички, а також не забувати про обіцянку збереження лікарської таємниці. Лікар - це та особа, яка, лікуючи хворого, має допомогти йому більшою мірою бути людиною, і, можливо, допомогти віднайти людині її велич і гідність, незважаючи на приниження й обмеження, яке вона відчуває через хворобу, віднайти сенс життя і виконати своє покликання. Саме лікар повинен також допомогти хворому усвідомити, що здоров'я великою мірою залежить від самої людини, від того, який спосіб життя вона веде.

Що відрізняє професію лікаря від інших професій? У медицині є чимало відмінностей: відповідальність за життя інших людей, необхідність швидко приймати складні рішення і розуміти, що ти за все відповідаєш, але далеко не все залежить від тебе.

Що означає бути хорошим лікарем? Є досить категорична думка: лікар або хороший, або він – не лікар. Бути лікарем – означає мати особливий характер. Людина повинна бути стресостійкою, знати, «що таке добре і що таке погано» з моральної точки зору. Лікар – це покликання. Неможливо зняти халат і перестати бути лікарем.

Хороший лікар – грамотний і чуйний, культурний і акуратний у всьому.

Відомо, що професія лікаря має певні психологічні особливості. Лікар не може догматично дотримуватися визначених постулатів і вказівок, не тільки з погляду на характер протікання захворювання, а й з погляду психологічних та інших факторів і причин його виникнення. Перед лікарем щораз виникає багато нетипових завдань, для рішення яких необхідне самостійне мислення й уміння передбачати наслідки своїх дій.

Ось тут стають необхідними знання з комунікативної компетентності. Комунікативна компетентність лікаря ґрунтується на знаннях та чуттєвому досвіді, здатності орієнтуватися в ситуаціях професійного спілкування, розумінні мотивів, стратегії поведінки, фрустрації як своїх власних, так і партнерів по спілкуванню, психотехніці спілкування.

Основними комунікативними вміннями та навичками, які необхідні в практичній діяльності лікарю є: вміння проводити бесіду з пацієнтом; вміння керувати своїми психічними станами і переборювати психологічні бар'єри; достатнє розуміння індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів і вміння їх враховувати; вміння проникати у внутрішній світ пацієнта; вміння проявляти співчуття (емпатувати) пацієнтові щодо його захворювання; вміння вислухати і дати пораду пацієнту; вміння аналізувати усі компоненти своєї діяльності і себе як особистість та індивідуальність [5].

Лікар повинен володіти позитивною установкою до особистості пацієнта, визнання його цінності без упереджень, зайвої критичності. Виходячи з вище зазначеного, виникає проблематичне запитання: яким повинен бути лікар ХХІ століття, в чому полягає його професіоналізм?

Професійні якості особистості лікаря [5]:

1. Професійна підготовка лікаря, наявність у нього набору усіх професійних вмінь та навичок;
2. Психологічна підготовка лікаря. Специфіка та складність цієї підготовки полягають у тому, що лікар повинен мати глибокі знання з психології та суміжних з нею наукових дисциплін. На професіоналізм

лікаря також впливають особливості особистого життя: наскільки благополучне його власне життя - чи наявна в ньому любов, взаєморозуміння з близькими людьми, матеріальна забезпеченість, побутова облаштованість та ін.

Усі інтерни, аналізуючи професійні якості лікаря, вказували насамперед на достатній і високий рівень спеціальної (медичної) підготовки. А ось вплив особистого життя на формування особистоті лікаря залишився поза їхньою увагою. Інтерни наводили приклади про моменти непорозуміння з колегами під впливом певної конфліктної ситуації.

У комплекс особистісних якостей, які повинні бути в лікаря, зазначає Філоненко М. М. входять морально-етичні, комунікативні, вольові та організаційні якості.

Морально-етичні якості лікаря: чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння тримати слово. Комунікативні якості лікаря: особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність контактів, довіра до оточуючих. Вольові якості лікаря: впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, самоорганізація, настирність, цілеспрямованість. Задумувались молоді лікарі над такими морально-етичними якостями лікаря, як: принциповість, безкорисливість. Адже інтерн лише починає свою професійну діяльність, удосконалює набуті знання, не завжди може володіти клінічною ситуацією. У таких випадках доцільно попросити пораду старшого колеги. Також молодому лікарю необхідно розвивати впевненість у собі, опираючись на знання, витримку і здатність аналізувати конкретний випадок (аналізи, об'єктивний огляд, додаткові методи обстеження і т.п.).

Поняття безкорисливості лікарів сягає сивої давнини. Вільним почувається той лікар, котрий чесний у всіх професійних стосунках: із пацієнтом, із представниками фармацевтичних фірм, із колегами по роботі. Щирі слова «Дякую, лікарю!» - найбільша моральна

винагорода справжньому спеціалісту-медику. На професійній ниві кожного лікаря завжди є місце для витримки, схильності до ризику, сміливості, рішучості, ініціативності, настирності, цілеспрямованості.

Організаційні якості лікаря: вимогливість до себе та оточуючих, схильність брати на себе відповідальність, вміння приймати рішення, вміння правильно оцінити себе та пацієнта, вміння планувати свою роботу. Організаційні якості молодого спеціаліста, як правило, формуються у перші три роки роботи. Обговорюючи особистісні якості лікаря у групі, доводилось акцентувати увагу на комунікативних і організаційних якостях будь якого професіонала. Саме вони, підкріплені морально-етичними і волевими якостями, є ключем до розуміння з пацієнтом.

Компетентний лікар – це висококваліфікований лікар, професіонал. Компетентність у сфері спілкування стала однією з головних складових високого професійного рівня фахівців у будь-якій сфері людської діяльності, зокрема у системі взаємодії лікар-пацієнт [6]. Спільною ознакою різноманітного трактування поняття «компетентність» постає досвідченість або наявність досвіду щодо вирішення певних життєвих ситуацій або розв'язання поставлених задач [7].

Висновки. Діяльність лікаря - явище складне, багатогранне, динамічне. Його специфіка зумовлюється передусім розширенням спілкування лікаря з пацієнтом. Для лікаря це не є розкішшю, а професійною необхідністю. З його допомогою здійснюється взаємовплив двох рівноправних суб'єктів - лікаря та пацієнта. Показником ефективності такого взаємовпливу є переважання позитивних естетичних почуттів, гуманності, творчості. Професія лікаря - це унікальна професія, яка повинна містити комплекс таких характеристик: постійний потяг до самовдосконалення, практичний досвід, знання специфіки даної діяльності, здібності до лікарської праці, знання перспектив розвитку медичної галузі.

Список літератури

1. Волосовець О.П. Дистанційне навчання як інформаційно-комунікативна технологія додипломної підготовки лікарів з педіатрії в умовах сучасних викликів / О.П. Волосовець, Виговська О.В., Кривоустов С.П. // Медична освіта. – 2020. – №3. – С. 9-12.

2. Лисенко О. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять / О. Лисенко // Неперервна професійна освіта: теорія і практика, серія «Педагогічні науки». – 2016. – Вип. №3-4 (48-49). – С. 23-28.
3. Цехмістер Я.В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю: теорія і практика: [монографія] / Я.В. Цехмістер. – К: Наукова думка, 2002. – 621 с.
4. К.Є. Іщейкін, М.М. Потяженко, Н.О. Люлька [та ін.] // Матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю «Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах». – Полтава, 2014. – С. 79-81.
5. Філоненко М. М. Психологія спілкування. Підручник. - К.: Центр учбової літератури, 2008. - 224 с.
6. Мітіна С.В. Соціально-психологічний тренінг як засіб формування комунікативної компетентності лікарів-інтернів / С. В. Мітіна // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2016. – Т. 2, вип. 3. – С. 55-60.
7. Гребеник М. В. Досвід організації навчання в інтернатурі / М. В. Гребеник, Криський О. І., Лазарчук Т.Б. // Медична освіта. – 2020. – №3. – С. 105-109.

Самогальська О.Є.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України**

COVID-19 ТА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

Пандемія COVID – 19 призвела до серйозної кризи в галузі охорони здоров'я в усьому світі. Загальний рівень летальних випадків коливається в межах 2–6%; проте, показники вищі у людей похилого віку та з супутніми захворюваннями, такими як діабет та серцевц-судинні захворювання. Останні звіти показали, що близько 2–11% пацієнтів з COVID-19 мали основне хронічне захворювання печінки. Тому в практиці сімейного лікаря актуальним є питання ураження печінки і COVID-19. Необхідно звернути увагу на два аспекти цього питання – ураження печінки під час інфікування вірусом та перебіг COVID-19 у пацієнтів з наявною патологією печінки.

Проведені дослідження за останній рік засвідчили, що залучення печінки до COVID-19 може бути пов'язане з наступними механізмами: пряма цитопатична дія вірусу, неконтрольована імунна реакція, сепсис та медикаментозне ураження печінки. Доведено, що

проникнення вірусу відбувається через рецептори ангіотензинперетворюючого ферменту 2 (АСЕ2) господаря які рясно містяться в альвеолярних клітинах 2 типу, а рецептори АСЕ2 експресуються в клітинах шлунково-кишкового тракту, ендотелію судин та холангіоцитах печінки. Ретроспективний аналіз 57 досліджень, які включали дані близько 11 тис. пацієнтів із COVID-19 (Sultan S. And all, 2020) засвідчив про наявність змін з боку печінки в 32 із 57 включених до аналізу, а саме, надмірний рівень аспартат-амінотрансферази (АСТ) (більше верхньої межі допустимої норми) відзначався в 15,0% (95% ДІ 13,6-16,5) пацієнтів із 16 досліджень, уміст аланінамінотрансферази (АЛТ) перевищував норму також у 15,0% (95% ДІ 13,6-16,4) випадків. Показники білірубіну були вищими за верхню межу норми в 16,7% (95% ДІ 15,0-18,5) пацієнтів із 10 досліджень.

Cholankeril і співавт. повідомили, що у 26/65 (40%) пацієнтів виявлялося підвищення печінкових ферментів, хоча у 22 із них вихідний рівень цих показників був у нормі. Автори 13 досліджень вказали на асоціацію між наявністю ушкодження печінки при зверненні до лікаря й тяжкістю перебігу чи наслідків хвороби. За даними китайських дослідників 2-11% хворих на COVID-19 мали проблеми з печінкою, а у 14-53% випадків спостерігається аномальний рівень АЛТ і АСТ під час розвитку захворювання, у пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19 проблеми з печінкою виникали частіше. У деяких дослідженнях було встановлено, що підвищення печінкових проб при госпіталізації асоціювалося з вищим ризиком тяжкого перебігу COVID-19 (відношення шансів 2,73; 95% ДІ 1,19-6,3). Багато досліджень не повідомляли про фонові захворювання печінки в учасників і ризик підвищення в них печінкових ферментів у разі COVID-19. Деякі дослідження свідчать, що підвищення печінкових проб імовірніше є наслідком вторинного ураження печінки, аніж первинного опосередкованого вірусом гепатоцелюлярного ушкодження. Дослідники радять визначати вихідні показники печінкових проб у всіх пацієнтів при надходженні та моніторувати їх під час стаціонарного лікування, особливо в осіб, які лікуються потенційно гепатотоксичними препаратами. Ефекти COVID-19 щодо основних хронічних захворювань печінки на

сьогодняшній день вимагають більш детальної оцінки, так як ще недостатня кількість спостережень (Tobias Boettler and all, 2020). Є повідомлення про підвищення ризику важкого перебігу COVID-19 залежно від вираженості змін в печінці.

Висновки: Для хворих з COVID-19 важливо проводити моніторинг показників функції печінки. Для лікування ураження тканини печінки рекомендовані гепатотропні препарати. Лікування хронічної печінкової патології необхідно при COVID-19 продовжувати згідно існуючих протоколів.

Банадига Н.В., Рогальський І.О.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

КОМУНІКАЦІЯ ЛІКАРЯ І СУСПІЛЬСТВА – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ДІТЕЙ

Вступ. Останні десятиліття означилися підвищеним інтересом до захворювань, які переносять іксодові кліщі. Суть проблеми для нашого регіону першочергово окреслена клімато-географічними особливостями м.Тернополя, відсутністю практики систематичної обробки паркової та лісової полоси від кліщів, низьким рівнем санітарної культури населення. Хвороба Лайма у дітей асоціюється із реальними труднощами профілактики, діагностики і лікування. При цьому досить часто батьки не можуть вказати на сам факт укусу кліща. Медичні аспекти даної патології в першу чергу визначає відсутність єдиних підходів до діагностики та лікування в країнах Європи і наприклад, США. Однак, всі дослідники акцентують увагу на важливості запобіжних заходів та адекватній антибактеріальній терапії.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту звернень та захворюваність на Лайм-бореліоз серед дитячого населення.

Матеріал і методи дослідження: проведений аналіз частоти звернень з приводу укусу кліща та підтвердження випадків хвороби Лайма серед дітей – мешканців м.Тернополя за період 2015-2019

років. Детально збиралися анамнези хвороби і життя, проводилося клінічне обстеження пацієнта та лабораторна діагностика: ПЛР кліща для ідентифікації збудника; ІФА крові (Ig M та Ig G до *Borrelia burgdorferi*). Серед населення та медичних працівників у 2017 році була поширена пам'ятка-рекомендація про те, як діяти в разі укусу кліща, із детальним описом дій батьків та діагностично-лікувальною тактикою лікаря; проведені навчання, семінар-тренінги.

Результати й обговорення. Встановлено, що за час спостереження з приводу укусу кліща до лікаря звернулася 271 дитина, надалі у 75(27,67%) – діагностована хвороба Лайма. Зважаючи на те, що у 2017 році були проведені освітні заходи, ми проаналізували частоту звернень. З'ясували, що після запровадження уніфікованого підходу до: видалення кліща, первинної профілактики; частота випадків хвороби Лайма суттєво зменшилася. А саме, у 2015 році підтверджений Лайм-бореліоз був у 19 дітей, у 2016 році – 10, 2017 році – 23, 2018 р. – 12, 2019 р. – 10 хворих. При цьому частота звернень суттєво зросла відповідно: 2015 р. – 47 дітей, 2016 р. – 46; 2017 р. – 56; 2018 р. – 62; 2019 р. - 87 осіб.

Проведена робота і отримані результати дають можливість виділити основні компоненти успіху. Необхідно роздавати листи-пам'ятки з конкретною інформацією для населення про небезпеку укусів кліща, можливі симптоми захворювання, профілактичні заходи. Також має значення вказати часте місце укусів і те, як оглянути шкіру дітей після прогулянки. Пояснити процедуру дій у випадку укусу кліща, використовуючи фотографії для наочності. Інформація повинна подаватися в місцях, де багатолюдно (школи, біля входу в парк, ліс, супермаркети, аптеки). Тематичні комп'ютерні ігри, анімація, аніматори повинні бути корисними серед школярів.

Медіа та телевізійні ресурси можуть регулярно надавати спеціальну інформацію, особливо навесні та влітку. Наприклад, правила поведінки, вимоги до дитячого одягу, використання репелентів під час прогулянок.

Також слід звернути увагу на сучасні можливості лабораторної діагностики та лікування хвороби Лайма та на правило, що необхідний обсяг діагностики та лікування повинен визначати тільки лікар.

Висновки: Проведення освітньої роботи покращує своєчасність діагностики, визначає раціональну антибактеріальну профілактику, зменшує захворюваність. Вище наведене мотивує до подальшого вдосконалення форм і засобів освітніх заходів серед населення та медичного персоналу для покращення епідеміологічної ситуації, попередження випадків Лайм-бореліозу серед дітей.

УДК 378.147:614.25

Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Ткаченко М.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ВПРОВАДЖЕННЯ ЄВРОПЕЙСЬКИХ СТРАТЕГІЙ НАВЧАННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ І ТЕРАПІЇ

Вступ. Сучасні світові стандарти в галузі освіти передбачають підготовку висококваліфікованих спеціалістів, здатних інтегрувати теоретичні знання і практичні вміння в цілісну систему, володіти новими технологіями тощо.

На вибір використання різних навчальних технологій в медичній освіті впливають особливості самої медичної спеціальності, в якій, безумовно, яскраво виражені, як теоретична, так і практична складові. Серед найбільш частих заперечень про доцільність використання різних навчальних технологій в медичній освіті потрібно виділити тезу про те, що ніде більше, як біля ліжка хворого не можна визначити чи володіє лікар необхідними знаннями, вміннями та навичками. Однак далеко не завжди, і не кожен приклад можна розглянути безпосередньо «на хворому». Зокрема, це може бути пов'язано просто з відсутністю тематичних хворих під час вивчення певної теми, у той же час існують активні технології і методи навчання, що дозволяють досить ефективно навчати фахівців [1,2,3].

Сьогодні у більшості країн світу під час підготовки медичних фахівців застосовують симуляційні технології (СТ), які є новим напрямом підготовки висококваліфікованих медичних кадрів [4].

Діапазон методик, що об'єднують поняттям СТ, дуже широкий: це і різноманітні тренажери, де відпрацьовуються практичні навички з

високим рівнем реалістичності, і комп'ютерні та віртуальні моделі для удосконалення алгоритмів дій із різними клінічними ситуаціями [5].

Мета роботи. Підвищити ефективність підготовки лікарів-інтернів та сприяти формуванню клінічного мислення при вирішенні складних клінічних ситуацій.

Основна частина. Оцінка ефективності використання симуляційних методів за допомогою системи Body Interact – clinical reasoning education, освітньої програми віртуальних клінічних сценаріїв, яка дає можливість у реальному режимі часу відтворити певну клінічну ситуацію з усім необхідним сучасним набором об'єктивних, лабораторних та інструментальних методів обстеження і провести лікування відповідно до сучасних протоколів європейських та американських медичних асоціацій. Ця система використовується у більшості західноєвропейських медичних університетах, США та Канади.

Body Interact є новітнім інструментом імітаційного моделювання, що призначений для використання у вищих медичних навчальних закладах та медичних коледжах для вирішення задач та клінічного обґрунтування шляхом використання віртуальних пацієнтів. «Віртуальний пацієнт» - це інноваційна інтерактивна технологія навчання, що дозволяє допомогою комп'ютерної моделі реальної клінічної ситуації повноцінно зануритися в діагностичний і лікувальний процес, приймати самостійні рішення з тактики діагностики і лікування, бачити і усвідомлювати наслідки тих чи інших своїх рішень, не порушуючи при цьому прав та безпеки пацієнта. Безумовними перевагами даної технології є також стимулювання інтересу до самостійного вивчення матеріалу, наочність, можливість «взяти паузу» в процесі роботи з пацієнтів і отримати необхідну довідкову інформацію.

Це хвиля майбутнього в підготовці висококваліфікованого клініциста. Body Interact залучає до процесу інтегрованого навчання, встановлення зв'язків між концепціями і накопиченими знаннями таким чином, що інформація та навички можуть застосовуватися до нових комплексних проблем або вирішення складних задач через реальні життєві ситуації.

Сьогодні на кафедрі сімейної медицини і терапії за участю викладачів кафедри проходять навчання лікарі-інтерни з фахів загальна практика – сімейна медицина, внутрішні хвороби, медицина невідкладних станів, неврологія, педіатрія, ендокринологія. Для них є доступними 20 клінічних сценаріїв з різними нозологіями, які вони опрацьовують. Такі нововведення в підготовку фахівців значно покращують як теоретичний рівень знань лікарів-інтернів, так і оволодіння практичними навичками, а загалом сприяють підвищенню якості підготовки. Все так як у реальному житті: об'єднання всіх ресурсів та даних разом в динамічній фізіологічній моделі із десятками вбудованих станів та порушень здоров'я, лабораторних аналізів, діагностичних візуалізацій, шкали оцінки, втручання та лікування, поряд з високоефективними інструментами для підбиття підсумків. База доступних для навчання сценаріїв постійно оновлюється, забезпечуючи викладачів великою бібліотекою попередньо налаштованих клінічних сценаріїв із оновленими клінічними протоколами, Body Interact пропонує інтуїтивно зрозумілий інструмент для створення спеціальних сценаріїв, тим самим дає можливість розширити знання лікарів-інтернів та збагатити їхній досвід. З метою покращення якості навчання для кожного окремого інтерна або цілої групи на візуальну інформаційну панель виводиться детальний аналіз, що включає метрику дій та інтуїтивно зрозумілий інтерфейс, який значно полегшує налаштування та запуск об'єктивно структурованих клінічних іспитів.

Наприклад, необхідно діагностувати і надати допомогу пацієнту з гострим коронарним синдромом. Про пацієнта невідомо нічого, його турбує тільки біль в грудній клітці. Ваші дії? Час іде на секунди. Люба ваша помилка може вартувати життя пацієнта. В розпорядженні лікаря знаходяться всі доступні на сьогодні методи дослідження: від фізикальних (анамнез, перкусія, аускультация) до самих сучасних; моніторинг показників життєдіяльності, сучасні препарати. Завдання команди або лікаря є грамотно призначити обстеження, оцінити результати дослідження, поставити діагноз, призначити лікування. Після вирішення завдання система аналізує всі дані і є можливість побачити свої результати (повнота обстеження, обґрунтованість призначення і т.д.).

Для відпрацювання техніки серцево-легеневої реанімації лікарями-інтернами нами використовується манекен-систему GD/ALS10 750+ALS. Система забезпечує навчання по підтримці життєдіяльності і дотримується рекомендацій по серцево-легеневій реанімації та невідкладній допомозі при серцево-судинних захворюваннях, забезпечує високо реалістичну імітацію навчання діям невідкладної допомоги, що дає змогу інтернам швидко і точно освоїти стандартну роботу при невідкладній допомозі. За допомогою цієї системи імітуються також різні типи клінічних справжніх випадків [5,6].

Навчання клінічних умінь із використанням манекенів, тренажерів і стандартизованих пацієнтів під наглядом викладача надає можливість лікарям-інтернам припускатися помилок у безпечному середовищі, що покращує опанування ними клінічних умінь. На симуляційному тренінгу пріоритетом є саме виконання навчального завдання, у процесі якого допускається негативний результат медичної допомоги, щоб той, хто навчається, відчув усю міру своєї відповідальності, але при цьому не отримав психологічної травми, яка можлива, якщо таке трапиться із справжнім пацієнтом. Симуляційне навчання виключає страх і психотравматичну компоненту від негативного результату першого досвіду стажиста, що значно покращує засвоєння навчального матеріалу.

Водночас ми, звичайно, дуже добре розуміємо, що симуляційне навчання все ж не є панацеєю в жодному разі не зможе повністю замінити навчання «біля ліжка хворого» – обидві технології в сучасному освітньому процесі повинні органічно доповнювати одна одну. У метааналітичному огляді, який був опублікований McGaghie із співавторами в 2011 р., однозначно було доведено, що симуляційне навчання повинно передувати клінічному й доповнювати його, і тоді воно дозволяє тим, хто навчається, досягти більш високого рівня клінічної компетентності. Таким чином, перевагами симуляційних технологій є:

- клінічний досвід у віртуальному середовищі без ризику для пацієнта;
- знижений стрес під час перших самотійних маніпуляцій;
- необмежена кількість повторів для відпрацювань навичок;

- відпрацювання дій при рідкісних та таких, що загрожують життю, патологіях;
- тренінг відбувається незалежно від розкладу роботи клініки;
- частину функцій викладача бере на себе віртуальний тренажер;
- розвиток як індивідуальних умінь і навичок, так і здатності командної взаємодії;
- об'єктивна оцінка досягнутого рівня майстерності.

Зрозуміло, що все навчання повинно проходити під чітким керівництвом і контролем викладача.

Висновок.

Таким чином, використання симуляційних технологій орієнтує лікаря на командну працю, вміння враховувати точку зору іншого спеціаліста, сприяє розвитку комунікативних навичок, формуванню інтелектуальної самостійності та професіоналізму.

Перспективи подальших досліджень. Надалі ми плануємо вивчити ефективність впровадження Європейських стратегій навчання сімейних лікарів на циклах тематичного удосконалення.

Список літератури

1. Ждан В.М. Застосування інноваційних технологій на курсах підвищення кваліфікації лікарів / В.М. Ждан, М.Ю. Бабаніна, Є.М. Кітура, Л.М. Шилкіна, М.В. Ткаченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2018. - Вип. 4, Т.1(146). - С.142-145.
2. Zhdan V.M. Implementation of main interactive teaching methods in training of medical specialist / V.M. Zhdan, Ye.M. Kitura, M.Yu. Babanina, M.V. Tkachenko, H.V. Volchenko, L.M. Shylkina, V.H. Lebid // Медична освіта. – 2018. – №1(77). – С.68-71.
3. Потяженко М.М. Інноваційні технології в організації самостійної роботи лікарів-інтернів із фаху «Внутрішні хвороби» / М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, О.Є. Кітура [та ін.] // Інноваційні технології в організації самостійної роботи студентів медичних освітніх закладів : матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю 23 березня 2017 року. – Полтава, 2017. – С. 126-127.
4. McLeod R. Science, medicine, and the future / Rory McLeod, Robert Stone // BMJ. – 2001. – V. 323.
5. Тутченко М.І. Симуляційні технології в навчанні студентів-медиків практичним навичкам / Тутченко М.І., Сусак Я.М. // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». – 2013. – Т.13, вип. 1(41). – С.326-327.
6. Марков Ю.І. Симуляційні технології відпрацювання практичних навичок серцево-легеневої реанімації в медицині невідкладних станів /

Гришук Л.А.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,

ВИЯВЛЕННЯ І ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

До 2020 року у багатьох країнах спостерігався стійкий прогрес у боротьбі з туберкульозом (ТБ) із зменшенням захворюваності на 9% у 2015-2019 рр., та смертністю на 14% за той самий період. Політичні зобов'язання високого рівня на глобальному та національному рівнях дали результати. Однак новий звіт ВООЗ показує, що доступ до послуг проти туберкульозу залишається проблемою, і що глобальні цілі щодо профілактики та лікування, швидше за все, не всі будуть виконані без термінових заходів та інвестицій.

Приблизно 1,4 мільйона людей у світі померли від захворювань, пов'язаних з туберкульозом, у 2019 році. За підрахунками 10 мільйонів людей захворіли на туберкульоз того року, приблизно у 3 мільйонів не було діагностовано захворювання або офіційно не повідомлялося національним органам влади.

Ситуація ще гостріша для людей із туберкульозом, стійким до хіміопрепаратів. Близько 465 000 людей були виявлені із резистентним до хіміопрепаратів ТБ у 2019 році, і з них тільки менше 40% змогли отримати доступ до лікування. Також спостерігається обмежений прогрес у розширенні доступу до лікування для запобігання туберкульозу [1].

У 2018-2019 р.р. в Україні почали проводити реформу фтизіатричної служби. Вже в 2019 році порівняно з 2018 роком кількість протитуберкульозних диспансерів значно зменшилась за рахунок ліквідації районних стаціонарів і концентрації фтизіатричної служби у фтизіо-пульмонологічних центрах, у які були реорганізовані протитуберкульозні диспансери.

При консолідованому погляді щодо подолання туберкульозу в Україні, лікарі - фтизіатри та науковці прийшли до висновку, що зниження імунітету населення за рахунок поширення ВІЛ-інфекції, широкого використання імуносупресивних та цитостатичних препаратів, економічне зубожіння та перманентне перебування в умовах хронічного стресу, непевність у завтрашньому дні, військові дії на сході країни, інтенсивна алкоголізація та наркотизація населення, безробіття, значна міграція населення, скорочення та закриття протитуберкульозних стаціонарів, скорочення кількості працівників протитуберкульозної служби роблять прогноз щодо контролю ситуації над перебігом епідемії ТБ в Україні невтішним – не виключено погіршення епідеміологічної ситуації з ТБ в найближчі кілька років. Після початку пандемії COVID -19 з березня 2020 року хворі на коронавірус почали поступати на стаціонарне лікування у фтизіо-пульмонологічні центри, що призвело до скорочення туберкульозних ліжок і спеціалістів фтизіатрів. Також це призвело до зменшення своєчасного виявлення хворих на активний туберкульоз [2,3].

За результатами аналізу захворюваності по Україні на активний туберкульоз в першій половині 2020 року в порівнянні з аналогічним періодом 2019 року встановлено, що серед населення країни цей показник зменшився на 27,4%. Це свідчить що практично у всіх регіонах України знизився рівень виявлення активного ТБ. Звертається увага на те, що в регіонах, які перебували в умовах жорсткого локдауну (наприклад Чернівецька та Тернопільська області) ця різниця сягає майже 50%. Тобто на половину знизилась кількість виявлення нових випадків ТБ. Аналіз показав, зниження рівня діагностування коморбідності ВІЛ/ТБ у середньому по Україні на 29,4%. Кількість недодіагностованих випадків туберкульозної інфекції серед дітей становить 34,5%. Ці тривожні цифри свідчать про те, що пацієнтів із ТБ стало не менше, їх просто припинили виявляти. Почали все частіше виявляти запущені випадки, а в умовах жорсткого карантину пацієнти – активні бактеріовидільувачі становлять загрозу для контактних осіб, особливо з груп ризику щодо COVID-19. Автори приходять до висновків, що передбачається погіршення щонайменше

на найближчих 5-8 років епідеміологічних показників щодо контролю над ТБ через пандемію COVID-19 [4].

Для лікарів загальної практики – сімейної медицини не втратив актуальності затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 04.09.2014 р. №620, «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз».

Редакція «Українського медичного часопису» запропонувала більш зручну форму інформації щодо необхідних дій лікарів первинної ланки та лікарів-інфекціоністів при наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 04.09.2014 р. №620, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої ввійшли фахівці зі спеціальностей «Фтизіатрія», «Загальна практика — сімейна медицина», «Дитяча фтизіатрія», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України» [6].

Впровадження цього наказу на практиці представлені у чисельних наукових роботах, наводимо декілька з них. Професор І.Т. П'ятночка із співавт. у роботі «Туберкульоз у практичній діяльності сімейного лікаря» дають характеристику сімейному лікарю як універсалу, а також показують його роль у боротьбі з туберкульозом на сучасному етапі. Відмічена дуже важлива роль сімейних лікарів у масових заходах, спрямованих на раннє виявлення і профілактику туберкульозу. До того ж, більшість пацієнтів із симптомами респіраторних захворювань звертається в лікувальні заклади загальної медичної мережі, де і виявляють туберкульоз та навіть завершують лікування хворого. Отже, ефективне проведення протитуберкульозних заходів не можливе без широкої участі в цій роботі лікарів загальної практики – сімейної медицини. Переваги сімейної медицини полягають у тому, що сімейному лікарю відомі конкретні умови праці, побуту, бюджет і харчування сім'ї, наявність хворих, зокрема і на туберкульоз, а також осіб з підвищеним ризиком виникнення цього захворювання, яких щороку направляють на профілактичні обстеження. До слова, в останні роки ризик інфікування продовжує зростати, оскільки сучасні заходи щодо

розриву ланцюга передачі туберкульозної інфекції від хворої людини до здорової недостатньо ефективні: несвоєчасне виявлення хворих, незадовільна їх ізоляція та малоефективне лікування, зокрема мультирезистентного туберкульозу, сприяють поширенню туберкульозної інфекції. Отож пацієнтів із такими симптомами, як кашель, що триває понад 2–3 тижні, нічне потовиділення, загальна слабкість, безпричинне схуднення, тривале, понад тиждень, підвищення температури тіла більше 37 °С, необхідно направляти на рентгенологічне обстеження, дворазове дослідження мокротиння на мікобактерії туберкульозу. Сімейний лікар проводить лікування хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах, здійснює контрольовану хіміопрофілактику в групах підвищеного ризику за рекомендацією фтизіатра.

Туберкульоз у групах ризику активно виявляють шляхом призначення скринінгового флюорографічного обстеження 1 раз на рік. Крім цього, в лабораторних умовах і вдома сімейний лікар діагностує та надає екстрену допомогу при таких невідкладних станах, як спонтанний пневмоторакс, гостра дихальна недостатність, кровохаркання і легеневі кровотечі, гострі алергічні реакції на протитуберкульозні препарати. Випадки туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції за умов епідемії туберкульозу виявляють шляхом щорічної туберкулінодіагностики (проба Манту з 2 ТО), яку проводять здоровим дітям від 4 до 14 років. Дітям до 4 років та дітям підліткового віку туберкулінодіагностику проводять за бажанням батьків, у групах ризику – за епідпоказаннями, зокрема в туберкульозних вогнищах.

Профілактичну променеву діагностику призначають дітям віком від 15 років. У разі виявлення на рентгенограмі порожнин розпаду, дрібновогнищевої дисемінації, пацієнта направляють до фтизіатра на дообстеження з результатами дворазової бактеріоскопії мазка мокротиння. У випадку негативних мазків мокротиння і за наявності вогнищевих або інфільтративних змін на рентгенограмі легень хворому призначають антибіотики широкого спектра дії (за винятком рифампіцину, аміноглікозидів та фторхінолонів) до 2 тижнів, після чого повторюють рентгенограму легень. За відсутності позитивної динаміки пацієнта негайно скеровують до фтизіатра. До фтизіатра

направляють осіб при підозрі на позалегеневі форми туберкульозу (кістково-суглобового, периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевого органів, очей, нервової системи та інших локалізацій).

До дитячого фтизіатра на консультацію направляють дітей: які контактували з хворим на туберкульоз; із гіперергічними реакціями на пробу Манту з 2 ТО (інфільтрат 17 мм і більше або реакція з наявністю везикул, некрозу чи лімфангоїту незалежно від розміру інфільтрату); при зростанні розміру інфільтрату на пробу Манту на 6 мм і більше; за наявності ускладнень вакцинації БЦЖ (холодні підшкірні абсцеси, периферичні лімфаденіти, виразки розміром понад 10 мм, келоїдні рубці, персистувальна та дисемінована БЦЖ-інфекція з ураженням різних органів); при інших ситуаціях, що пов'язані з ризиком захворювання на туберкульоз. Сімейний лікар організовує щеплення вакциною БЦЖ дітей, які не були вакциновані в пологовому будинку, контролює розвиток післявакцинних реакцій.

М.О. Білан із співавт. у роботі «Сімейний лікар – первинна ланка у виявленні туберкульозу» детально висвітлюють роль та місце сімейного лікаря як первинної ланки надання медичної допомоги населенню з точки зору боротьби із захворюваністю на туберкульоз. Розглядаються правові засади та принципи взаємодії лікаря сімейної медицини та лікаря - фтизіатра на основі Наказу МОЗ України від 04.09.2014 р. №620. Проведено визначення обов'язків сімейного лікаря із забезпечення раннього виявлення захворювання на туберкульоз та з ведення хворого на туберкульоз, що отримує амбулаторне лікування в умовах ПМСД. Розглянуто роль сімейного лікаря у проведенні скринінгу дитячої захворюваності на туберкульоз та забезпеченні первинної профілактики туберкульозу. Автори приходять до наступних висновків. Високий рівень організації взаємодії сімейного лікаря та дільничного фтизіатра – ключ до покращання епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на туберкульоз. Санітарно-просвітницька робота з населенням та первинна профілактика туберкульозу – основне завдання лікаря сімейної медицини. Формування груп ризику із захворювання на туберкульоз та проведення скринінгових оглядів населення – основа первинної профілактики туберкульозу. Сімейний лікар – провідна ланка між фтизіо-педіатром та дитиною на шляху до первинної

профілактики захворювання (проведення туберкулінодіагностики, профілактичного лікування).

Збої в роботі служб, спричинені пандемією COVID-19, призвели до подальших невдач у боротьбі з туберкульозом. У багатьох країнах людські, фінансові та інші ресурси були перерозподілені з ТБ на відповідь COVID-19. Системи збору даних та звітності також зазнали негативного впливу.

Згідно з новим звітом, дані, зібрані з більш ніж 200 країн, продемонстрували значне скорочення повідомлень про випадки туберкульозу, причому зниження на 25-30% зафіксовано в 3-х країнах із високим рівнем тягаря - Індії, Індонезії, Філіппінах - у період з січня по червень 2020 року порівняно з тим же 6-місячним періодом у 2019 р. Ці скорочення випадків повідомлень можуть призвести до різкого збільшення кількості смертей від туберкульозу відповідно до моделювання ВООЗ.

Оскільки світ об'єднується для боротьби з пандемією COVID-19, важливо забезпечити продовження роботи основних служб охорони здоров'я щоб захистити життя людей з туберкульозом та іншими захворюваннями чи станами здоров'я. Послуги охорони здоров'я, включаючи національні програми боротьби з туберкульозом, повинні активно брати участь у забезпеченні ефективної та швидкої реакції на COVID-19, забезпечуючи при цьому підтримку служб туберкульозу.

Глобальна програма ВООЗ щодо туберкульозу, разом із регіональними та національними бюро ВООЗ, розробила інформаційну записку у співпраці із зацікавленими сторонами. Цей документ призначений для надання допомоги національним програмам щодо туберкульозу та медичному персоналу в терміновій підтримці безперервності основних служб для людей, які страждають на туберкульоз під час пандемії COVID-19, керуючись інноваційними орієнтованими на людей підходами, а також необхідністю максимізувати спільну підтримку в боротьбі з обома захворюваннями.

"В умовах пандемії країни, громадянське суспільство та інші партнери об'єднали зусилля, щоб забезпечити підтримку основних служб як для ТБ, так і для COVID-19 для тих, хто цього потребує", - сказала д-р Тереза Касева, директор Глобальної програми ВООЗ щодо туберкульозу. "Ці зусилля є життєво важливими для зміцнення систем

охорони здоров'я, забезпечення здоров'я всіх та збереження життя" [9].

Туберкульоз (ТБ) та COVID-19 - це інфекційні захворювання, які вражають переважно легені. Обидва захворювання мають подібні симптоми, такі як кашель, лихоманка та утруднення дихання. Однак туберкульоз має більш тривалий інкубаційний період із повільнішим початком захворювання. Хоча досвід щодо зараження COVID-19 у хворих на туберкульоз залишається обмеженим, передбачається, що хворі на туберкульоз та COVID-19 можуть мати гірші результати лікування, особливо якщо лікування туберкульозу перервано. Хворі на туберкульоз повинні вживати заходів обережності, як рекомендують органи охорони здоров'я, щоб захиститися від COVID-19 та продовжувати лікування туберкульозу, як це передбачено.

Послуги охорони здоров'я, включаючи національні програми боротьби з туберкульозом, повинні активно брати участь у забезпеченні ефективної та швидкої реакції на COVID-19, забезпечуючи при цьому підтримку служб туберкульозу. Глобальна програма протидії туберкульозу ВООЗ, разом із регіональними та державними бюро ВООЗ, розробила інформаційну записку, щоб допомогти органам охорони здоров'я у цьому.

Безперервність основних служб туберкульозу під час пандемії COVID-19 передбачає наступні міри:

Профілактика: Повинні бути вжиті заходи щодо обмеження передачі туберкульозу та COVID-19 в загальних установах та закладах охорони здоров'я відповідно до вказівок ВООЗ.

Діагностика: Точні діагностичні тести необхідні як для туберкульозу, так і для COVID-19. Мережі лабораторій проти туберкульозу створені в країнах за підтримки ВООЗ та міжнародних партнерів. Ці мережі, а також механізми транспортування зразків також можуть бути використані для діагностики та спостереження за COVID 19.

Лікування та догляд: Працівники програми з ТБ зі своїм досвідом та можливостями, включаючи активний пошук справ та пошук контактних осіб, мають чудові можливості для обміну знаннями, досвідом та надання технічної та матеріально-технічної підтримки. Слід активізувати використання цифрових технологій

охорони здоров'я для підтримки пацієнтів та програм шляхом покращення комунікацій, консультування, догляду та управління інформацією.

Людські ресурси: Лікарі-фтизіатри та пульмонологи, інший персонал легеневих відділень, спеціалісти з ТБ та медичні працівники на рівні первинної медико-санітарної допомоги можуть бути орієнтирами для пацієнтів із легeneвими ускладненнями COVID-19 [10,11,12].

Кабінет міністрів України затвердив розпорядження від 27 листопада 2019 р. №1414-р «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню». Метою цієї Стратегії є створення до 2023 року нової моделі профілактики, раннього виявлення туберкульозу та надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, що спрямована на задоволення потреб населення у медичних послугах та послугах громадського здоров'я.

У Стратегії вказано, що Україна є однією з десяти країн з найвищими показниками захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у світі. Не зважаючи на наявність в країні значного досвіду щодо впровадження найкращих міжнародних підходів і послуг у рамках протидії епідемії туберкульозу, результати аналізу ситуації свідчать про наявність значних функціональних недоліків у системі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Серед основних ризиків, що можуть погіршити позитивну динаміку в Україні щодо подолання туберкульозу, є ризики недовиявлення випадків туберкульозу, поширення стійких до ліків форм туберкульозу та ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекції).

За даними ВООЗ, в Україні щороку своєчасно не виявлені близько 23 відсотків випадків туберкульозу, що є причиною подальшого його поширення серед населення поряд з випадками перерваного та невдалого лікування.

Серед основних шляхів і способів забезпечення розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню є такі пункти :

– внесення змін до нормативно-правової бази у частині забезпечення профілактики, виявлення, проведення діагностики та

амбулаторного лікування туберкульозу, супроводу хворих на туберкульоз **на рівні провайдерів первинної медичної допомоги** із забезпеченням інформування закладу громадського здоров'я про випадок/підозру на туберкульоз, контрольованого лікування, моніторингу лікування, фармакологічного нагляду, психосоціальної підтримки пацієнтів за умови координації з регіональною фтизіатричною службою із залученням різних провайдерів медичних послуг та послуг громадського здоров'я, що можуть провадити таку діяльність;

– **створення системи реабілітації хворих на туберкульоз**, що включає як соціальну, так і медичну реабілітацію, кінцевою метою якої є реінтеграція хворого на туберкульоз у суспільство, з розробленням відповідної нормативно-правової бази;

– розроблення механізму передачі протитуберкульозних препаратів, що закупаються централізовано за кошти державного бюджету, з **регіонального центра до місця амбулаторного лікування пацієнта з туберкульозом**, що передбачає транспортування протитуберкульозних препаратів регіональним центром до аптечних складів багатопрофільних лікарень інтенсивної терапії першого і/або другого рівня, з яких **медичні працівники первинної ланки медичної допомоги** отримують протитуберкульозні препарати для пацієнтів з туберкульозом, які перебувають на амбулаторному лікуванні;

– запровадження у регіональних центрах посад міжрайонних фтизіатрів залежно від епідемічної ситуації для організації амбулаторного лікування пацієнтів з туберкульозом та координації діяльності заходів протитуберкульозної медичної допомоги населенню за територіальним принципом та у взаємодії з **первинною ланкою медичної допомоги** [13].

Міністерством охорони здоров'я України затверджено план заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки. Реалізація заходів дозволить досягти цільових показників із підвищення ефективності лікування туберкульозу, зменшення смертності та подолання епідемії туберкульозу в Україні. План заходів визначає чіткі і конкретні завдання на виконання Стратегії,

індикатори до них та відповідальних виконавців. Особливу увагу приділено питанню реабілітації та соціального супроводу хворих на туберкульоз. Зокрема, передбачається напрацювання дієвого механізму залучення місцевих служб соціального захисту населення, неурядових організацій та центрів зайнятості. Тобто, підхід до соціальної підтримки та медичної реабілітації хворого на туберкульоз має відбуватися відповідно до індивідуальних потреб людини.

Серед першочергових кроків на 2021 рік визначено:

– забезпечення безперервності лікування та діагностики туберкульозу в умовах реагування на виклики, пов'язані з коронавірусною хворобою (COVID-19);

– створення системи єдиних регіональних фтизіопульмонологічних центрів та обладнаних усім необхідним кабінетів районних фтизіатрів із доступом до КТ та новітніх методів діагностики;

– забезпечення відповідності матеріально-технічної бази регіональних фтизіопульмонологічних центрів вимогам стандарту з інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз [14].

Список використаної літератури:

1. World Health Organization. Global TB progress at risk. – 2020. Access mode: <https://www.who.int/news/item/14-10-2020-who-global-tb-progress-at-risk>.
2. Досягнення та складні питання щодо подолання туберкульозу в Україні (консолідований погляд з різних регіонів) / Л.Д. Тодоріко, В.І. Петренко, Ю.М. Валецький та ін. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.– 2020.– №40 (1). – С. 10-17. doi: <http://doi.org/10.30978/TB2020-1-10>
3. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 2019 рік / О. Мацьков, К. Матюшкіна, Л. Прилепіна та ін. // Центр громадського здоров'я. Київ.– 2020. 197 с.
4. Особливості перебігу туберкульозу в умовах пандемії COVID-19 / Л.Д. Тодоріко, М.М.Островський, І.О.Сем'янів, О.С. Шевченко. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.– 2020.– №43 (4). – С. 52-63. doi: <http://doi.org/10.30978/TB2020-4-52>
5. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_620_ukpmd_tb.pdf 2014

6. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз / Український медичний часопис. – 2015. – 29 квітня. [Електронна публікація]. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/86079/algoritm-dii-likarya-pri-nadanni-medichnoi-dopomogi-xvorim-na-tuberkuloz>
7. П'ятночка І. Т. Туберкульоз у практичній діяльності сімейного лікаря / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Т. В. Корнага // International journal of medicine and medical research. - 2015. - Vol. 1, Iss. 1. - С. 75-79. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ijmmr_2015_1_1_17
8. Сімейний лікар – первинна ланка у виявленні туберкульозу / М.О. Білан, Т.В. Носикова, О.Г. Шперно, та ін. / Семейная медицина. – №1 (63).– 2016. С. 143 -146.
9. World Health Organization (WHO). Information Note - Tuberculosis and COVID-19, COVID-19: Considerations for tuberculosis (TB) care (15 December 2020). Access mode: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-organization-who-information-note-tuberculosis-and-covid-19-covid-19>
10. World Health Organization. Tuberculosis and COVID-19 – 2020. Access mode: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/covid-19>.
11. Туберкульоз в умовах пандемії COVID-19 // Охорона здоров'я. – 2020. Режим доступу: <https://www.auc.org.ua/novyna/tuberkuloz-v-umovah-pandemiyi-covid-19>
12. Туберкульоз в умовах пандемії COVID-19 (продовження) // Охорона здоров'я. – 2020. Режим доступу: <https://auc.org.ua/novyna/tuberkuloz-v-umovah-pandemiyi-covid-19-prodovzhennya>
13. Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню // Верховна рада України. 2019. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#n8>
14. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки. – 2020. // Урядовий портал. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/zatverdzheno-plan-zahodiv-shchodo-realizaciyi-derzhavnoyi-strategiyi-rozvitku-sistemi-protituberkuloznoyi-medichnoyi-dopomogi-naselennyu-na-2020-2023-roki>.

*Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Іщейкіна Ю.О.,
Ткаченко М.В., Волченко Г.В., Лебідь В.Г.*

РОЛЬ ВИКЛАДАЧА-КЛІНІЦИСТА У ФОРМУВАННІ МАЙБУТНЬОГО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

На сьогодні в Україні у період реформування системи охорони здоров'я підготовка лікаря, безперервний професійний розвиток лікаря є важливим аспектом тих позитивних перетворень, які очікуються від трансформування медичної галузі.

Ми маємо врахувати, що серед усіх професійних шкіл вища медична школа як академічна та наукова установа посідає особливе місце. Це обумовлено тим, що її завдання полягає у підготовці лікаря, який охоронятиме саме дорогоцінне для людини – її здоров'я і життя. Тому й відповідальність медичного вишу за якість підготовки лікаря незрівнянно вища, ніж інших навчальних закладів. Однак для забезпечення високого рівня підготовки конкурентоспроможного, висококваліфікованого лікаря одного лише усвідомлення відповідальності з боку вищого медичного закладу недостатньо. Для цього необхідно розробити і впровадити нові принципи взаємодії медичних вишів з лікувально-профілактичними установами – на основі об'єктивності та взаємної зацікавленості. Тільки радикальна зміна правових норм чинної системи клінічного навчання, матеріально-технічного забезпечення сприятиме покращенню підготовки лікарських кадрів у період реформування системи охорони здоров'я. Реформа системи охорони здоров'я передбачає підготовку фахівців якісно нового рівня професіоналізму та компетентності, умілих досвідчених і мудрих лікарів [3].

Незважаючи на велику кількість засобів навчання, сьогодні, як і в усі часи, головним чинником якості освіти в цілому і формування відповідних компетенцій у майбутніх лікарів сімейної медицини зокрема виступає викладач – носій знань. Майстерність викладача виражається насамперед у вмінні так організувати навчальний процес, щоб при всіх, навіть самих несприятливих умовах досягати потрібного рівня вихованості, розвитку та знань учнів [4].

Як індивідуальний суб'єкт педагогічної діяльності, педагог в той самий час є суспільним суб'єктом – носієм суспільних знань і цінностей. Структура суб'єктних факторів, що визначають

ефективність педагогічної діяльності конкретного викладача, включає: тип спрямованості, рівень здібностей і компетентність, до якої входять спеціально-педагогічна, методична, соціально-психологічна, диференційно-психологічна, аутопсихологічна і особистісна компетентність. Таким чином, простежуються три основних компоненти цієї структури чинника: індивідуальний, професійно-педагогічний і особистісний, тісно взаємопов'язані між собою [4].

Ми бачимо, що вузька спеціалізація лікарів сьогодні відходить на другий план і пріоритет в охороні здоров'я надається саме сімейному лікарю, як у всьому цивілізованому світі. Профільними кафедрами по підготовці сімейних лікарів є кафедри сімейної медицини, які розташовані на базі клінік.

Основними принципами навчального процесу на кафедрі сімейної медицини і терапії УМСА є наступні:

- проблемно-орієнтований підхід до планування практичного, семінарського заняття або лекції;
- акцент на проблеми тих патологічних станів, що частіше зустрічаються на амбулаторному прийомі;
- висвітлення теоретичних основ клінічної проблеми в аспекті її практичного вирішення;
- обов'язковим елементом практичного заняття є структурований клінічний розбір пацієнтів, а також розгляд клінічних випадків з повсякденної практики;
- клінічна конференція та клінічний обхід пацієнтів як невід'ємний елемент навчального процесу;
- обов'язкове обговорення принципів доказової медицини та фармакоеконімічних аспектів лікування.

Для забезпечення повноцінного виконання основних принципів навчання на клінічних кафедрах є декілька важливих аспектів.

По-перше, навчання лікарів-інтернів та лікарів-спеціалістів в аудиторіях і навіть в симуляційних класах ніколи не буде повноцінним без спостереження лікувального процесу, роботи клініки, алгоритму роботи з пацієнтами і безпосереднього спілкування з ними. Майбутнього сімейного лікаря потрібно навчати в кабінеті амбулаторії, поліклініки, працювати з ним у вогнищах

захворювань, знайомити з алгоритмом роботи. Що вже говорити про підготовку спеціалістів хірургічного профілю! [1].

Тобто підготовка лікарів має бути клінічно орієнтована. І забезпечити її може не лектор-теоретик, навіть дуже обізнаний, а викладач-клініцист. Це другий постулат. Коли ж викладач медичного вишу не працює як лікар, то який рівень підготовки лікарів він може забезпечити? Вважаємо, що відповідь всім зрозуміла? Та якщо викладачі з досвідом ще можуть поділитися багажем знань, то молоді викладачі ніколи не стануть хорошими клініцистами, якщо їм не забезпечать доступу до лікувального процесу [1].

Заклад охорони здоров'я і клінічна кафедра мають бути зацікавлені у спільній роботі, й ця зацікавленість повинна закріплюватися юридично.

Раніше медичні університети укладали з клінічними базами угоду про співпрацю, в рамках якої викладачі не лише навчали лікарів, а й консультували пацієнтів. Формувалася певна команда: практикуючий лікар, завідувач відділення, кафедральні працівники, які мали безпосередній доступ до лікування пацієнтів [1,3].

Ще один важливий аспект – клінічна наука. В рамках діяльності кафедри клініка є базою для проведення наукових досліджень. Нині ми можемо бути позбавлені такої можливості, тому доведеться випрошувати «милостиню для науки» у керівників закладів чи завідувачів відділень. Це принизливе становище, так не має бути. Долю науки за такого ставлення, на жаль, також легко спрогнозувати [1].

За відсутності університетських клінік першочерговим завданням має бути затвердження нового статусу клінічної лікарні та клінічної кафедри. Завідувачу такої кафедри необхідно повернути повноваження повноцінного керівника клінічної бази, до компетенції якого входитимуть не тільки консультативні питання, а й прийняття тактичних рішень, керівництво лікувально-діагностичним центром.

Старше покоління викладачів ще пам'ятає, коли у дні чергувань по швидкій допомозі в терапії, хірургії, акушерстві та гінекології студентів, лікарів-інтернів було майже стільки, скільки і хворих, вони брали активну участь в обстеженні госпіталізованих пацієнтів, про що доповідали черговому лікарю, керівнику лікарської бригади,

обов'язки якого досить часто виконував співробітник кафедри. Нині такі чергування відвідує лише незначна кількість студентів та лікарів-інтернів [3].

Добре організована практична підготовка допомагає закріпити теоретичні знання, навчитися самостійно приймати рішення. Цьому сприяє спільна робота з досвідченими лікарями-викладачами, які проводять практичну підготовку інтернів та лікарів-спеціалістів. Лікар набуває досвіду шляхом вивчення історій хвороб конкретних пацієнтів, інтерпретації результатів лабораторних та інструментальних досліджень, проведення диференціальної діагностики, а також безпосередньої участі в лікувальному процесі [3,4].

Для підготовки майбутнього лікаря набагато важливішим є спостереження за станом пацієнта, розбори клінічних випадків, аналіз анамнезу біля ліжка хворого, ніж впровадження технологій навчання. Спостереження за станом хворого сприяє розвитку професійного чуття лікаря, формуванню у них клінічного мислення, врешті-решт, виховує толерантність. У клініці, спостерігаючи за станом хворого, аналізуючи анамнез його хвороби, лікарі-інтерни вчать азам лікарського мистецтва: викладачі не тільки словом, а й особистим прикладом вчать майбутніх лікарів мистецтву вести бесіду з хворою людиною, вибудувувати з ним взаємини. Аналізи клінічних випадків необхідні, так як нерідко молоді лікарі відчувають безпорадність на початку й практичної діяльності [2,3].

Аналіз клінічних випадків дозволяє сформувати систему уявлень про етіологію, симптоматику і клініку хвороб і ціннісного ставлення до людини. Візуалізація хворого посилює емоційне переживання і дозволяє відобразити інформацію надовго.

Підводячи підсумки, можна сказати наступне:

- в підготовці майбутнього лікаря важливі і наочні, і практичні методи навчання, також важливий комплексний аналіз стану хворого;
- тільки в процесі подібних глибоких розборів, які здійснюються відповідно до класичним алгоритмом опису хвороб (від назви захворювання через його етіологію і патогенез до клінічної картини), у лікарів-інтернів та лікарів-спеціалістів може сформуватися клінічне мислення;

– без розвиненого клінічного мислення неможливе формування «практичного діяча» - лікаря;

– використання оптимальних систем навчання на клінічних кафедрах дозволить сягнути певного рівня професійної етики, деонтології та ерудиції, потренувати гнучкість клінічного мислення лікарів, що покращить засвоєння матеріалу;

– технологічно доцільно організована педагогічна діяльність забезпечує формування афективної області клінічних знань, так необхідної для становлення майбутнього лікаря, а це можливо лише на базі клініки.

Список літератури

1. Бабінець Л. Викладач має бути хорошим клініцистом / Лілія Бабінець // Ваше здоров'я. – 2020 Вер. Доступно: <https://www.vz.kiev.ua/>
2. Лембрик І.С. Формування клінічного мислення у студента-іноземця при вивченні дисципліни-педіатрії / І.С. Лембрик, З.Р. Кочерга // Медична освіта. – 2017. – 1(73). – С.82-85.
3. Мельник В. Підготовка медичних кадрів – ключ до успішних реформ / Володимир Мельник // Ваше здоров'я. – 2017 Груд. Доступно: <https://www.vz.kiev.ua/>
4. Юр'єва Л.М. Особистість викладача медичного вищого навчального закладу і її роль у формуванні майбутнього сімейного лікаря / Л.М. Юр'єва, С.Г. Носов // Сімейна медицина. – 2015. – №5. – С.43-45.

Бабінець Л.С., Махніцька І.В.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

ВАРІАНТ ЕФЕКТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО Н.РУЛОГІ-АСОЦІЙОВАНОГО ГАСТРИТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ВІТАМІННОГО КОМПЛЕКСУ

Актуальність. Корекція клінічних і трофологічних порушень і симптомів у пацієнтів із коморбідністю хронічного панкреатиту і Н. рулогі-асоційованим хронічним гастритом потребує підсилення протокового загальноприйнятого комплексного лікування новими можливостями.

Мета: Дослідити ефективність використання двохкомпонентної вітамінної комбінації - декспантенолу (провітаміну В5) і метилметіоніну (вітаміну U) - у комплексній терапії хворих на хронічний гастрит (ХГ), асоційований з *H. pylori*, у поєднанні з хронічним панкреатитом (ХП) шляхом аналізу динаміки клінічних симптомів і синдромів пацієнтів.

Матеріали і методи: Обстежено 25 пацієнтів на *H. pylori*-асоційований ХГ на тлі ХП, які знаходилися під спостереженням сімейного лікаря. Пацієнти були поділені на дві групи. І група (10 хворих) отримувала загальноприйняте комплексне лікування (ЗПЛ). ІІ група (15 хворих) ЗПЛ + доктовіт, діючою основою якого є синергічна комбінація декспантенолу (провітаміну В5) і метилметіоніну (вітаміну U), протягом 2-х місяців.

Результати дослідження: Було виявлено позитивну динаміку клінічних проявів в обох групах пацієнтів, проте лікувальний ефект у ІІ групі був вагомішим: зменшення проявів диспепсичного та анемічного синдромів на 26,7% та 46,7% відповідно, гіповітамінозу на 16,5% у порівнянні з даними І групи.

Висновок: Доведено доцільність використання у комплексній протокольній терапії пацієнтів з ХП у поєднанні з *H. pylori*-асоційованим ХГ 2-місячного курсу двохкомпонентної вітамінної комбінації - декспантенолу (провітаміну В5) і метилметіоніну (вітаміну U) – за даними більш статистично значимої позитивної динаміки зменшення проявів диспепсичного та анемічного синдромів, гіповітамінозу стосовно таких під впливом протокольної терапії ($p < 0,05$).

**ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНИХ ОПИТУВАЛЬНИКІВ ПРИ
ОЦІНЦІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ**

Вступ. Фізіологічне функціонування органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) напряму залежить від психічного стану людини, тому тривала активація вегетативної нервової системи на тлі хронічного стресу призводить до порушення моторної та кислотоутворювальної функцій ШКТ, сприяє загостренню запальних процесів у кислотозалежних органах, в тому числі у підшлунковій залозі (ПЗ).

Мета дослідження. Дослідити параметри якості життя і ступінь вегетативних порушень у пацієнтів із хронічним панкреатитом (ХП) середнього віку в амбулаторній практиці.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 86 пацієнтів з ХП у віці 46-65 років, серед яких чоловіків було 51 (67%), жінок - 35 (33%). Середній вік в групі становив $(53,2 \pm 1,4)$ р. Всі пацієнти знаходились на диспансерному спостереженні на базі Одеського обласного клінічного медичного центру та поліклініки НКП «Тернопільської комунальна міська лікарня №2». Під час амбулаторного спостереження пацієнтам було виконано необхідні клініко-лабораторні та інструментальні обстеження, а також проведено тестування за міжнародним опитувальником гастроентерологічного хворого GSRS, який містить питання, згруповані у шкали з урахуванням основних гастроентерологічних синдромів: абдомінальний біль (АБ), рефлюкс (РС), діарейний (ДС), диспепсичний (ДПС), закрепи (СЗ). Показники шкал оцінювали в балах. Більш високі значення відображали більш значну симптоматику та відповідали значенням низької якості життя (НЯЖ). Для визначення ознак вегетативних порушень використовували опитувальник Вейна, згідно із яким пацієнти з ХП відповідали на 11 питань із наступною оцінкою у балах.

Результати й обговорення. За результатами відповідей опитувальника GSRS, було встановлено наступні значення у балах:

ДПС-3,1±0,2; АБ-2,8±0,4; РС-2,6±0,1; ДС-2,0±0,3; СЗ-1,7±0,1. За отриманими даними, у 89,5% хворих на ХП встановлено НЯЖ. За результатами опитувальника Вейна, в залежності від тривалості ХП визначено: найбільші вегетативні порушення у балах визначено при тривалості захворювання до 1 р. і від 6 до 10 рр.: 32,7±0,4 і 29,5±0,9 відповідно, у той час, як при тривалості від 1 до 5 і понад 10 рр. отримано відповідно значення 27,3±1,2 і 24,1±0,6.

Висновки. Було встановлено, що у пацієнтів із ХП середньої вікової групи захворювання перебігає на тлі різного ступеня вегетативних порушень, що сприяючи погіршенню клінічного перебігу основного захворювання та супутньої патології, значно знижує якість життя пацієнтів найбільш працездатного віку.

УДК 614.253.1.:377.4

*Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М.,
Шилкіна Л.М., Ткаченко М.В.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА КУРСАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ

Вступ. Первинна медична допомога (ПМД) є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину як національної системи охорони здоров'я, здійснюючи її головну функцію і будучи її центральним ланкою, так і загального соціально-економічного розвитку суспільства [1,2].

Пошук стандартів вищої медичної освіти є оптимальною стратегією досягнення концептуально нового рівня якості підготовки майбутніх фахівців, основою якої є підготовка медичних працівників відповідно до загальноприйнятих міжнародних норм викладання з урахуванням особливостей та інтересів національної системи охорони здоров'я [3,4,5].

Формування у вищому медичному навчальному закладі гармонійно розвиненої особи лікаря – громадянина України потребує комплексного підходу до організації навчального процесу. Необхідність вдосконалення та оптимізації навчального процесу продиктована сучасними вимогами до підготовки висококваліфікованих, всебічно розвинутих, ерудованих медичних спеціалістів[6,7,8].

Головною метою роботи викладачів вищої медичної освіти є, без сумніву, підготовка компетентних, висококваліфікованих лікарів й тому вони повинні чітко розуміти значення термінів «компетентність» і «компетенція» та умови навчання, які потрібно створити лікарям для досягнення ними відповідної професійної компетентності.

У професійній підготовці фахівців важливе значення має компетентнісний підхід – інтегративна характеристика особистості, що відображає готовність і здатність мобілізувати набуті знання, уміння, навички, досвід, способи діяльності і професійно значимі та особистісні якості фахівця.

На допомогу класичним технологічним аспектам приходять нові, зокрема, інтерактивні технології навчання. Поняття «інтерактивність» прийшло з англійської мови від слова «interact» де «inter» – взаємний, «act» – діяти. Таким чином, інтерактивність – це здатність до взаємного діалогу.

При інтерактивному навчанні всі учасники навчального процесу взаємодіють між собою, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку, занурюються в реальну атмосферу ділового співробітництва з розв'язання низки проблем відповідно до їх інтересів, потреб і запитів. При цьому відбувається постійна зміна видів навчальної діяльності.

Мета роботи – вивчити доцільність впровадження інноваційних технологій та інтерактивних методів навчання лікарів-курсантів на циклі тематичного удосконалення з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної

академії. Під час проведення занять для лікарів-курсантів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» на циклі тематичного удосконалення використовувались інноваційні технології та інтерактивні методи навчання, зокрема, мозковий штурм, дискусія, вивчення випадку, презентація, рольова гра [9,10].

Основною метою післядипломної освіти є акцент на практичну підготовку спеціалістів. Оцінювання практичної підготовки проводилося за сіткою оцінювання викладачем за наступними категоріями: *Клінічний аспект*: визначити ступінь невідкладності допомоги в певній ситуації; проводити клінічне обстеження та формулювати його результати; призначати додаткові обстеження та аналізи і використовувати їх результати; висувати діагностичні та терапевтичні гіпотези; виконувати прості технічні маніпуляції, необхідні в певній клінічній ситуації; *Комунікація*: надавати інформацію в зрозумілій формі; спілкуватися з пацієнтом та його сім'єю належним чином; дотримуватись правил поведінки при роботі в команді; продемонструвати здатність синтезу та наукову допитливість; *Усна презентація*: вміти описати, презентувати хід обстеження, клінічний випадок, результати наукового дослідження та інше [11].

Результати та обговорення. Основою діяльності сімейного лікаря є пацієнт, його вимоги, потреби та особистість, з його переконаннями, страхами, очікуваннями, нездужаннями. З цього витікають наступні положення: остаточне рішення є результатом спілкування з пацієнтом; врахування особистих аспектів вимагає роботу і, отже, відповідну підготовку майбутніх лікарів; відносини лікар-пацієнт, що відбуваються у відповідності до цього підходу, включають дії лікаря в процесі лікування та в епідеміологічних дослідженнях; лікар повинен використовувати декілька різних джерел інформації таких, як «Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги» - ІСРС-2 та численні довідники лікаря загальної практики [12].

Певна професійна компетенція лікаря формується на комплексній основі знань (декларативних та процедурних), навичок (поведінкових, операційних та когнітивних), особистих якостей і досвіду лікаря та зовнішніх обставин.

За визначенням CNGE (Національна колегія викладачів-лікарів загальної практики), компетенція – це комплексне вміння пов’язане з контекстом навчання або практичної підготовки, яке інтегрує кілька видів здібностей та вмінь і дозволяє, аналізуючи схожого роду обставини, не тільки виявляти проблеми, але й ефективно їх розв’язувати у відповідності до певної ситуації [11,12].

Для здійснення спеціальності лікаря загальної практики вимагається володіння компетенціями та п’ятьма сферами діяльності:

- Специфічний клінічний підхід;
- Спілкування з пацієнтами та їх оточенням;
- Застосування професійного обладнання та інструментарію;
- Координована взаємодія з професійним оточенням та санітарними і соціальними службами;
- Вміння сприяти розвитку та підвищенню престижу галузі загальної практики.

Необхідність моделювання процесу формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін визначається потребою практики професійної освіти в побудові цього процесу, виділенні його базових компонентів, моніторингу результатів, отримання інформації про можливості його вдосконалення. Як відомо, модель – це штучно створений об’єкт, який передає будь-які суттєві особливості оригіналу, відображаючи в більш простому вигляді його структуру і взаємозв’язки між його компонентами. У науковій літературі смислове поле поняття “модель” визначається як: пристрій що відтворює, імітує будову, функції, дії будь-якого іншого пристрою (при випробуваннях); образ, аналог, схема певного фрагмента реальності, об’єкта культури або пізнання оригіналу; інтерпретація (в логіці, математиці) [13,14].

Аналіз педагогічної літератури засвідчує, що процес моделювання широко застосовується в педагогіці й дидактиці. При цьому моделюванню підлягає як зміст освіти, так і навчальна діяльність. У педагогіці модель розглядається як система об’єктів або знаків, яка відтворює певні суттєві властивості системи-оригіналу, вона є узагальненим відображенням об’єкта, результатом абстрактного практичного досвіду, а не безпосереднім результатом експерименту.

Проблема моделювання педагогічного процесу знайшла відображення у науковому доробку вітчизняних науковців: О. Антонової, А. Алексюка, О. Березюка, І. Беха, В. Бондар, Г. Ващенко, С. Вітвицької, О. Рудницької, С. Гончаренко, О. Пехоти, С. Сисоєвої, О. Ярошенко та інших. Під педагогічною моделлю розуміємо систему, яка відображаючи реальний об'єкт дослідження здатна заміщати його в процесі вивчення. Для відображення цілісної картини досліджуваного процесу розроблено модель формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін, яку визначено як структурно-змістову. Розробляючи педагогічну модель, дійшли висновку, що проблема формування дослідницької компетентності майбутніх лікарів у процесі вивчення дисциплін є складною і різнобічною, яку потрібно розглядати з позицій декількох взаємопов'язаних наукових підходів, а саме: системного та компетентнісного [13].

Позитивний ефект застосування інтерактивних методів для навчання людей давно доведений і не викликає сумнівів. Викладачами кафедри сімейної медицини і терапії під час занять сімейними лікарями були впроваджені наступні інноваційні технології та інтерактивні методи навчання: мозковий штурм, дискусія, вивчення випадку, презентація, рольова гра [9,10].

Мозковий штурм – один із найбільш використовуваних методів у тренінгах.

Мозковий штурм має чіткі етапи, послідовність яких не може бути змінена. Викладач чітко формулює завдання, відповідь на яке потрібно знайти учасникам. Учасники висловлюють усе, що спало на думку. При цьому важливо дотримуватися одного з основних правил проведення мозкового штурму – ЖОДНИХ коментарів упродовж збирання ідей, навіть якщо вони виглядають смішними, недоречними, адже який-небудь коментар може припинити процес продукування ідей.

Дискусія – це колективне обговорення важливого питання з метою знаходження шляхів його вирішення. Ціль дискусії як методу полягає в одержанні аргументованих точок зору чи позицій на заданий предмет чи проблему.

Дискусія сприяє розвитку критичного мислення, дає змогу визначити власну позицію, формує навички відстоювання своєї особистої думки, поглиблює знання з даної проблеми.

Дискусія може проводитись у таких форматах: круглий стіл, дебати.

Вивчення випадку (кейс-метод/кейс-стаді англ. «case-study») – це спеціальна інтерактивна методика, що передбачає моделювання життєвих ситуацій, їх розгляд, вирішення за визначеним сценарієм, публічний захист прийнятого рішення.

Моделювання практичних ситуацій може здійснюватися двома способами:

1) на основі опису реальних подій (історія хвороби пацієнта, журнальні статті);

2) на базі штучно сконструйованих ситуацій (ситуаційні задачі, тестові завдання).

Презентація – це форма подання інформації як за допомогою різноманітних технічних засобів. Навчальна презентація призначена допомогти викладачу забезпечити зручне і наочне викладання теоретичного і практичного матеріалу.

Рольова гра – це гра за правилами, підпорядкованими досягненню заздалегідь окресленого ігрового результату. Ігрові ситуації моделюють або відтворюють реальні, чи типові робочі ситуації, в яких кілька людей грають визначені ролі за певним сценарієм на завчасно обрану навчальну тему. Рольова гра дозволяє створити безпечне оточення, в якому учасники можуть розглядати, а також визначати альтернативні підходи в роботі з ситуаціями.

Отримані дані свідчать про те, що моделювання процесу формування дослідницької компетентності відповідно до концепцій системного та компетентнісного підходів забезпечить позитивну динаміку рівнів сформованості дослідницької компетентності сімейних лікарів.

Висновки.

Таким чином, мотивація лікарів до постійного самовдосконалення, активної участі в навчальному процесі; ґрунтовна комплексна теоретична та практична підготовка, закладає основи

клінічного мислення та забезпечує здобуття загальних клінічних компетенцій.

Для досягнення максимального засвоєння матеріалу, щоб зробити заняття цікавим і динамічним, легким для засвоєння матеріалу, треба використовувати різні інтерактивні методи навчання, про які йшлося вище: мозковий штурм, роботу в міні-групах, дискусію, кейс-метод, рольову гру, презентацію.

Моделювання педагогічного процесу запропонованого дослідження відповідно до концепції системного підходу гарантує розвиток у сімейних лікарів дослідницької компетентності.

Список літератури.

1. Parii VD, Korotkyi OV. Stanovlennia ta rozvytok pervynnoi medychnoi dopomohy na zasadakh zahalnoi praktyky-simeinoi medytsyny v Ukraini: ohliad literaturnykh dzherel. Ukraina. Zdorovia natsii. 2018;2(49):48-53. [in Ukrainian].
2. Primary Health Care: report of the international conference on Primary Health Care, Alma-Ata; 1978; Geneva; WHO; 1978.
3. Voronenko YuV, Mintser OP. Rozvytok novykh tekhnolohii u pisliadyplomnii osviti likariv i provizoriv: tendentsii, ekspertni vysnovky ta realni otsinky efektyvnosti navchannia. Medychna osvita. 2013;2:19-23. [in Ukrainian].
4. Pylypchuk VI. Rol innovatsiinykh tekhnolohii u navchanni z tsykladu "khirurhiia" studentiv 6-ho kursu medychnoho fakultetu. Medychna osvita. 2018;1(77):43-45. [in Ukrainian].
5. Linchevskyi OV, Chernenko VM, Piatnytskyi YuS, Bulakh IYe. Shliakhy reformuvannia systemy vyshchoi medychnoi osvity v Ukraini v suchasnykh umovakh. Medychna osvita. 2017;3:6-9. [in Ukrainian].
6. Hevkaliuk NO. Kompetentnisnyi pidkhid u profesiinii pidhotovtsi likariv-stomatolohiv dytiachykh. Medychna osvita. 2018;1(77):16-18. [in Ukrainian].
7. Kosenko KM. Metodychni aspekty formuvannia u studenta-stomatoloha praktychnykh navychok ta umin. Visnyk stomatolohii. 2006;3:89-90. [in Ukrainian].
8. Obratsov PY. Ynformatsyonno-tekhnolohycheskoe obespechenye uchebnoho protsessa v vuze. Vysshee obrazovanye v Rossyyu. 2001;6:46-50. [in Russian].
9. Zhdan VM, Kitura YeM, Babanina MIu. Osnovni interaktyvni metody navchannia v pidhotovtsi likaria-spetsialista. Materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastiu Aktualni pytannia kontroliu yakosti osvity u vyshchykh navchalnykh zakladakh; 2018 Berez 22;. Poltava:88-89. [in Ukrainian].

10. Zhdan VM, YeM. Kitura, MYu. Babanina, et. al. Implementation of main interactive teaching methods in training of medical specialist. Medychna osvita. 2018;1(77):68-71. [in Ukrainian].
11. Abramovych VIe. Teoriia i metodyka vyshchoi medychnoi osvity: frantsuzkyi dosvid. Kyiv: KyMU; 2016. 120s. [in Ukrainian].
12. Abramovych VIe. Modernizatsiia profesiinoi pidhotovky simeinykh likariv v Ukraini na dosvidi Frantsii. Kyiv: KyMU; 2016. 57s. [in Ukrainian].
13. Moseichuk AR Model formuvannia doslidnytskoi kompetentnosti maibutnikh feldsheriv u protsesi vyvchennia biolohichnykh dystsyplin. Medychna osvita. 2017;1(73):96-102. [in Ukrainian].
14. Neprokyna YV. Metod modelyrovanyia kak osnova pedahohycheskoho yssledovanyia. Teoryia y praktyka obshchestvennoho razvytyia. 2013;7. Dostupno: http://teoriapractica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2013/7/pedagogika/neprokina.pdf

Журавльова Л.В., Федоров В.О., Сікало Ю.К., Олійник М.О.

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ НА COVID-19 (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Вступ. В клінічній практиці лікарям доводиться зустрічатися з нетиповим перебігом COVID-19, зокрема з ураженням опорно-рухового апарату в дебюті хвороби. Є дані, що вірусний артрит виникає внаслідок дії кількох механізмів - прямої інвазії та утворення імунних комплексів. Вірусні частинки можуть діяти як антигенні компоненти в імунних комплексах, відкладатися переважно в суглобах, і призводити до артралгії та артриту.

Мета дослідження. В даній роботі описується клінічне спостереження за пацієнткою з ураженням опорно-рухового апарату, пов'язаного з інфекцією COVID-19.

Клінічний випадок. Хвора З., 36 років, перебувала в задовільному стані до середини вересня 2020 року, коли через 1 тиждень після одноразового підйому температури до 38 С, незначними респіраторними проявами та діареї, з'явився постійний біль, набряклість, почервоніння, обмеження обсягу рухів в дрібних

суглобах кистей, ліктьовому, плечовому суглобі (більше зліва), кульшових, колінних, гомілковостопних суглобах, дрібних суглобах стоп та скронево-нижньощелепному суглобі справа. Через декілька днів приєднався біль у попереково-крижовому відділі хребта, відмічала скутість в суглобах до однієї години. Амбулаторно приймала НПЗП, проте без ефекту, в зв'язку з чим, через 2 тижні, була направлена у ревматологічне відділення КНП ХОР «ОКЛ». Дослідження на SARS-CoV-2 IgM було негативним.

Результати й обговорення. Під час госпіталізації було відмічено обмежену активність у суглобах за рахунок больового синдрому, відзначався набряк дистальних та проксимальних міжфалангових суглобів II, III пальців кистей, променевоzap'ясних суглобів, лівого колінного суглоба та гомілкових суглобів, болючість при їх пальпації, зі значним обмеженням рухів в них. При проведенні рентген досліджень ОГК, крижово-клубових зчленувань, колінних, гомілковостопних суглобів патології виявлено не було. З даними МРТ-дослідження крижово-клубових зчленувань, переконливих ознак сакроілеїту також не отримано. Враховуючи дані проведеного дослідження було встановлено попередній діагноз «Реактивний артрит» та призначено лікування - дексаметазон 8 мг в/в крапельно 1 раз на добу, реосорбілакт 200,0 мл в/вкрапельно 1 раз на добу, азитроміцин 500 мг 1 раз на добу, мелоксикам 1,5 мл в/м 1 раз на добу. Під час терапії відзначено покращення перебігу суглобового синдрому, в зв'язку з чим хвору було переведено на пероральний прийом середньої дози метилпреднізолону. Проте, після зміни способу прийому кортикостероїдів відмічалось погіршення стану у вигляді загострення суглобового синдрому та підвищення температури у вечірній час до 38,8 °C. Дослідження на SARS-Cov-2 IgM було негативними, та через тиждень ПЛР-тест до SARS-Cov-2 виявився позитивним. Дозу метилпреднізолону було збільшено до 24 мг на добу. Додатково було призначено цефтріаксон 1,0 г 2 рази на добу в/м та моксифлоксацин 400 мг 1 раз на добу, що сприяло регресу суглобового синдрому на 5 день. Хвору було виписано з рекомендацією прийому метилпреднізолону 24 мг на добу з подальшим зниженням дози під контролем активності процесу.

Висновок. Актуальність описаного клінічного випадку ураження опорно-рухового апарату при коронавірусній хворобі зумовлена виявленою високою клініко-лабораторною активністю захворювання, а також не типовим ураженням суглобів при цьому. Подальші спостереження в найближчі місяці дозволять показати, чи можна розглядати цей випадок як реактивний вірусний артрит, або як дебют хронічного запального процесу. Оскільки етіологія гострого артриту при COVID-19 до сьогодні невідома, залишається відкритим питання: чи являється коронавірус провокуючим фактором хвороби, чи фактором, який погіршив перебіг існуючого реактивного артриту.

Бабінець Л.С., Галабіцька І.М.

*Тернопільський національний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ У КОМОРБІДНОСТІ ЗІ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНОСТЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ ТА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ

Остеоартроз (ОА) – захворювання суглобів з дуже високою поширеністю, адже близько 20% населення Земної кулі страждають від цієї патології. Захворювання, зазвичай, починається у віці після 40 років. Рентгенологічні ознаки ОА виявляються у 50% людей у віці понад 50 років, а у пацієнтів у віці понад 75 років – у 80%. ОА є мультифакторним хронічно прогресуючим захворюванням суглобів, що розвивається у результаті механічних і біологічних причин, які дестабілізують у суглобовому хрящі і субхондральній кістці нормальні взаємозв'язки між дегенерацією і синтезом компонентів матриксу хондроцитів. Також у розвитку та прогресуванні ОА важливу роль відіграє запальний процес.

При прогресуванні як первинного остеоартрозу (ОА), так і панкреатогенної гіпофункції підшлункової залози (ПЗ) внаслідок супутнього хронічного панкреатиту (ХП), стеатопанкреатозу або вікових змін при старінні виникають зміни імунологічної

реактивності організму. Внаслідок цього спостерігається пригнічення активності клітинної ланки імунітету та стимуляція гуморальних факторів імуногенезу. Часто притаманна вторинна супресія клітинного імунітету. Зростання показників циркулюючих імунних комплексів при одночасному зменшенні Т-хелперів, зміни імунорегуляторного індексу вказують на імунологічний дисбаланс у хворих. Підвищений рівень TNF- α призводить до високого рівня системних реакцій, пов'язаних з запаленням та активацією зірчастих клітин, що поряд зі значним підвищенням рівня TGF- β 1 вказує на прогресування дегенеративних процесів в уражених суглобах, а також і активне формування фіброзу ПЗ. Порушення імунного статусу у пацієнтів з ПОА на тлі зовнішньосекреторної недостатності ПЗ є спільною патогенетичною ланкою цих коморбідних явищ, що потребує поглибленого вивчення і розробки методів корекції.

Важливим компонентом лікування має бути попередження дегенеративного процесу у суглобовому хрящі, зменшення больового синдрому та запалення, а також попередження інвалідизації та покращення якості життя пацієнта. Не дивлячись на успіх сучасної доказової медицини, лікування ОА залишається складною і невирішеною проблемою. Безумовно, модифікація способу життя дещо покращує стан хворого на ОА, проте ведення пацієнта з ОА без медикаментозної терапії, яка є в основному симптоматичною, практично неможливе. За рекомендаціями European League Against Rheumatism - EULAR пацієнтам з ОА для зменшення больового синдрому та покращення якості життя призначають НПЗП. Під час лікування цією групою препаратів дуже часто спостерігається виникнення побічних дій НПЗП. Основною негативною властивістю всіх НПЗП є високий ризик розвитку побічних реакцій з боку шлунково-кишкового тракту. У 30-40% хворих, які отримують НПЗП, відзначаються диспепсичні розлади, у 10-20% - ерозії й виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, у 2-5% - кровотечі та перфорації. Диспепсія є основною причиною переривання лікування НПЗП у більше ніж 50% випадків. Найбільш часто диспепсія відзначається у пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту в анамнезі. Прийом НПЗП може асоціюватися і з розвитком ентеропатії, що призводить до виникнення зовнішньосекреторної недостатності

підшлункової залози (ЗСН ПЗ), мальдигестії та мальнутриції, унаслідок чого розвиваються трофологічні порушення у пацієнтів. Тому вважали актуальним запропонувати та обґрунтувати доцільність використання внутрішньоклітинного системного ензимного препарату Вобензиму та пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу Біон 3 у комплексному лікуванні пацієнтів з ОА із супутньою ЗСН ПЗ.

Мета роботи — дослідити ефективність використання препарату Вобензим у комплексній терапії хворих на первинний ОА у коморбідності із зовнішньосекреторною недостатністю підшлункової залози для корекції патологічних процесів, що розвиваються у пацієнтів. А також дослідити ефективність впливу додаткового призначення до комплексної терапії пацієнтів із первинним остеартрозом із панкреатогенною екзокринною недостатністю підшлункової залози пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу Біон 3 на корекцію порушень, що розвиваються у пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 69 пацієнтів з первинним остеартрозом (ОА), а також - 67 пацієнтів з ОА у поєднанні із хронічним панкреатитом (ХП) у фазі стійкої або нестійкої ремісії віком від 25 до 74 років, які знаходилися на диспансерному обліку та під спостереженням сімейного лікаря в умовах Тернопільського міського комунального закладу «Центр первинної медико-санітарної допомоги». Групу порівняння склали 30 практично здорових осіб, які не мали клініко-анамнестичних та інструментальних ознак захворювань шлунково-кишкового тракту та захворювань суглобів.

Діагноз ОА встановлювали на основі діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (ACR, 2018), Європейської асоціації ревматологів (European League Against Rheumatism, EULAR, 2018), Американської академії хірургів-ортопедів (AAOS, 2018), Міжнародного товариства з вивчення ОА (OARSI, 2019). Дослідження суглобів включало огляд, пальпацію, об'єктивну оцінку болю. Симптоми ОА оцінювали також за індексами Лекена і тестом Харріса.

Для оцінки стану ЗСН ПЗ визначали вміст фекальної α -еластази. Фекальну α -еластазу визначали методом імуноферментного аналізу за

допомогою стандартних наборів фірми BIOSERV ELASTASE 1-ELISA. Також для визначення наявності та глибини ЗСН ПЗ і супутнього ентероколіту проводили оцінку копрограми за 5-бальною шкалою, де як 1 бал враховували наступні патологічні ознаки: наявність у фекаліях неперетравлених залишків м'ясної їжі (креаторея) у вигляді м'язових волокон у великій кількості; наявність неперетравлених жирів (стеаторея) у вигляді нейтральних жирів; наявність перетравленої клітковини та крохмалю у випорожненнях (амілорея); значну кількість слизу і лейкоцитів як свідчення запального процесу в кишечнику; наявність грибків, найпростіших і гельмінтів та їх продуктів. Для оцінки якості життя хворих використовували опитувальник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), що містить 5 шкал: абдомінального болю (AP), диспепсичного синдрому (IS), діарейного синдрому (DS), синдром закрепу (CS), синдрому гастроєзофаренгеального рефлюксу (RS).

Імунний статус хворих на ОА з ХП оцінювали за наступними показниками імунітету: кількість загальної популяції CD3, CD22, CD4 і CD8, CD16, які визначали у цитотоксичному тесті з використанням моноклональних антитіл цих класів імуноферментним методом за рівнем експресії мембранних антигенів. Функціональна активність В-лімфоцитів оцінювалась за концентрацією сироваткових Ig основних класів (M, G, A), які визначали імуноферментним методом. Активність системи комплементу визначали за гемолітичним тестом CH50 за 50,0% гемолізом.

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були особи обох статей; наявність встановленого діагнозу первинного ОА (за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду). Усі обстежені підписали інформовану згоду на участь у дослідженні згідно з протоколом, затвердженим Етичним комітетом Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Критеріями виключення хворих з дослідження були декомпенсація серцево-легеневих захворювань, гострий інфаркт міокарда, порушення ритму, перенесене гостре оперативне втручання протягом останнього місяця, цукровий діабет 1-го та 2-го типу, хронічний гепатит, використання системних глюкокортикостероїдів,

хронічна ниркова недостатність III–V стадій, патологія щитоподібної залози, вагітність, різке виснаження, схильність до кровотеч, злоякісні новоутворення (і підозра на них), хвороби крові та кровотворних органів, інфекційні і паразитарні захворювання, психічні і поведінкові розлади, вроджені аномалії і хромосомні порушення, нестабільна ішемічна хвороба серця; гіпертонічна хвороба II–III стадії, а також відмова від участі в дослідженні.

Хворі, співставимі за клінічними, гендерними критеріями, тяжкістю перебігу первинного ОА і отримуваним лікуванням, були поділені на 2 групи: 1-ша група (33 хворих) отримувала лікування ОА згідно із міжнародними рекомендаціями. 2-га група (36 хворих) отримувала лікування, як у 1й-шій групі + внутрішньоклітинний системний ензимний препарат Вобензим по 10 драже тричі на добу протягом 4 тижнів, потім по 5 драже 3 рази на добу протягом 2 тижнів. Пацієнтів з ОА у коморбідності із ХП також було розділено на 2 групи: 3-я група (33 пацієнти) отримувала протокольну схему лікування. Вона включала: курс препаратів базисної терапії, а саме нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори і/або хондростимулятори, ферментні засоби (панкреатин), а спазмолітики, прокінетики, інгібітори протонної помпи у режимі «за вимогою»; 4-а група (34 пацієнти) отримувала додатково до протокової схеми пробіотично-вітамінно-мінеральний комплекс Біон 3 по 1 таблетці один раз на добу протягом 6 тижнів.

Обстеження проводили до і після курсу лікування.

Результати й обговорення. Вихідні дані у обох групах були співставимими. На рис. 1 показано динаміку рівня фекальної α -еластази у досліджуваних групах. У 1-й групі рівень фекальної α -еластази мав статистично значиму тенденцію до зниження після проведеного лікування ($p < 0,05$). У 2-й групі рівень фекальної α -еластази статистично значимо зріс, що свідчить про позитивний вплив внутрішньоклітинного системного ензимного препарату на ЗСН ПЗ у пацієнтів з ОА ($p < 0,05$).



Рисунок 1. Динаміка вмісту фекальної α -еластази під впливом різних комплексів лікування

Після проведеного лікування у пацієнтів 1-ої групи спостерігалася статистично значима тенденція до погіршення показників копрограми, виражених у балах ($p < 0,05$). У 2-й підгрупі спостерігалася статистично значиме покращення показників копрограми, виражених у балах ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний ефект Вобензиму на екзокринну функцію ПЗ (рис. 2).



Рисунок 2. Динаміка показників копрограми під впливом різних комплексів лікування

Аналіз шкал опитувальника GSRS у 1-ій групі показав достовірно значиму тенденція до погіршення показників шкал, що свідчило про

негативний вплив препаратів, що застосовуються для лікування первинного ОА, на екзокринну функцію ПЗ ($p < 0,05$) (рис. 3).

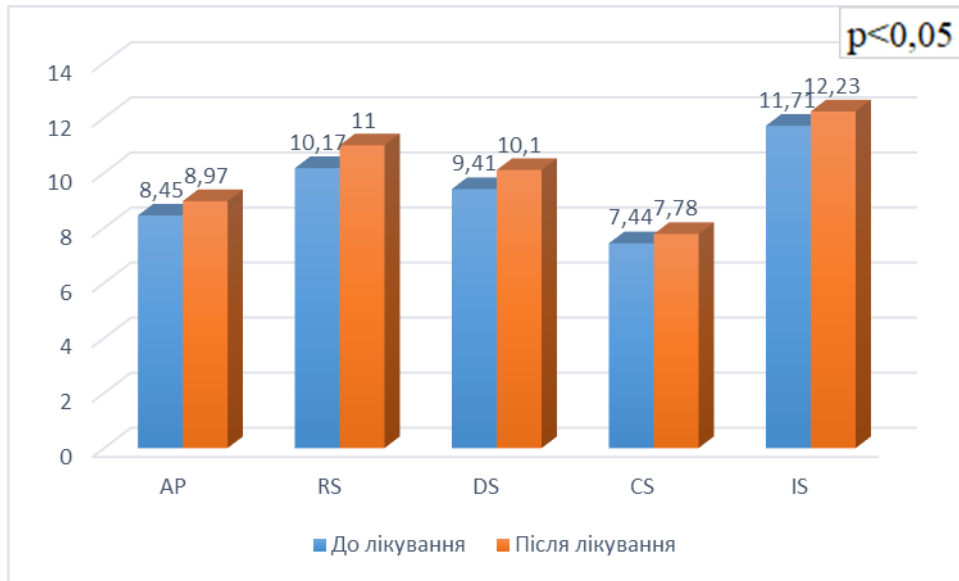


Рисунок 3. Показники ЯЖ опитувальника GRSR у 1-й групі в результаті лікування

У 2-й підгрупі було виявлено статистично значиме покращення показників шкал опитувальника GRSR, що свідчило про позитивний вплив застосування внутрішньоклітинного системного ензимного препарату на гастроентерологічну симптоматику при первинному ОА (рис. 4) ($p < 0,05$).

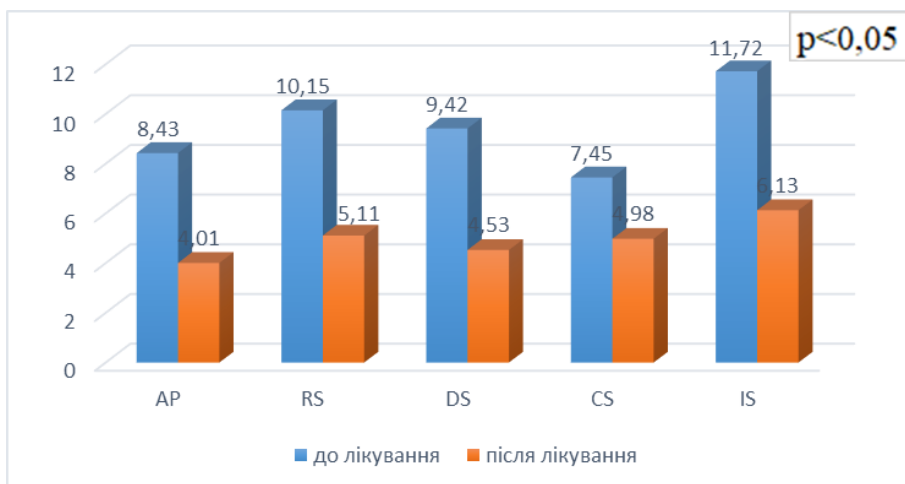


Рисунок 4. Показники ЯЖ опитувальника GRSR у 2-й групі в результаті лікування

Після проведеного лікування статистично значимий позитивний ефект спостерігався у обох групах пацієнтів за індексом Лекена

($p < 0,05$), проте у 2-й групі лікувальний ефект був вагомішим ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний вплив Вобензиму на перебіг первинного ОА (рис. 6).



Рисунок 5. Індекс Лекена у досліджуваних групах у результаті лікування

Також статистично значима позитивна динаміка спостерігалася у обох групах хворих після проведеного лікування за тестом Харріса ($p < 0,05$), проте у другій групі лікувальний ефект був статистично значимо вагомішим ($p < 0,05$), що свідчило про доцільність включення внутрішньоклітинного системного ензимного препарату в комплексне протокольне лікування пацієнтів з первинним ОА (рис. 6).

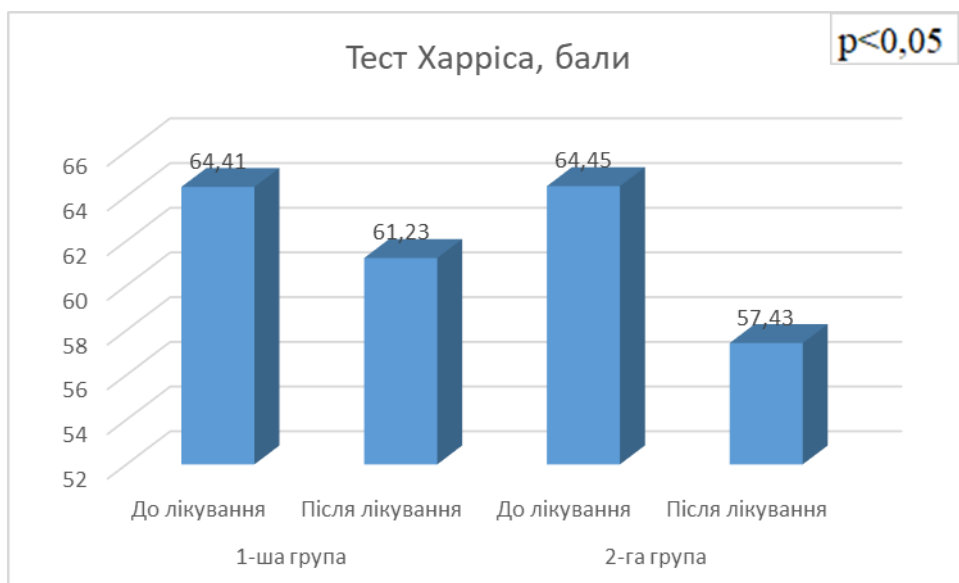


Рисунок 6. Порівняльна динаміка показника тесту Харріса в результаті лікування пацієнтів з ОА

У табл. 1 наведено динаміку показників імунного статусу до та після застосування запропонованих схем лікування. Аналіз вхідних даних до лікування показав наявність при ОА вторинної імунної недостатності, Т-лімфоцитопенії I-II ст. Одночасно у пацієнтів зростає вміст у сироватці крові всіх класів імуноглобулінів, що свідчило про наявність хронічного торпідного запального процесу. Також встановили зниження неспецифічної резистентності за рівнем активності комплекменту.

**Динаміка показників імунного статусу під впливом
запропонованих методик лікування**

| Показник імунограми | Група порівняння | | | | |
|---|--------------------|------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| | Контроль (n=30) | 1 група (n=33) | | 2 група (n=34) | |
| | | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| CD3,% | 66,41± 0,61 | 45,45± 0,74* | 52,67± 1,25** | 44,65± 0,74*** | 54,87± 1,12**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| CD22,% | 14,98± 0,12 | 20,75± 0,38* | 18,74± 0,39** | 20,68± 0,35*** | 18,02± 0,37**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| CD16,% | 13,26± 0,10 | 10,04± 0,19* | 11,76± 0,36** | 9,96± 0,11*** | 12,59± 0,21**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| CD4,% | 39,99± 0,76 | 30,71± 0,45* | 35,32± 0,56** | 30,54± 0,53*** | 37,75± 0,32**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| CD8,% | 26,15± 0,65 | 13,84± 0,34* | 18,43± 0,49** | 13,57± 0,32*** | 20,13± 0,65**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig G, г/л | 8,42± 0,14 | 12,27± 0,26* | 11,34± 0,23** | 12,39± 0,17*** | 10,43± 0,14**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig A, г/л | 1,79± 0,05 | 2,76± 0,16* | 2,65± 0,07** | 2,53± 0,15*** | 2,15± 0,07**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig M, г/л | 1,55± 0,01 | 2,89± 0,17* | 2,14± 0,05** | 2,92± 0,12*** | 1,95± 0,09**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| ЦК, ум. Од. | 64,75± 0,64 | 234,45± 7,34* | 178,92± 4,09** | 238,37± 6,28* | 163,35± 4,28**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| Комплемент (C _{H50}), гем.од | 290,32± 2,05 | 154,65± 3,65* | 198,55± 4,47** | 149,54± 3,54*** | 203,47± 4,65**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |
| ІРІ (CD4/CD8) | 1,69± 0,02 | 2,14± 0,06* | 2,04± 0,03** | 2,12± 0,02*** | 1,89± 0,03**** |
| | | p ₂₋₃ <0,05 | | p ₄₋₅ <0,05 | p ₂₋₅ <0,05 |

Примітки: 1. * - (P₁₋₂<0,05);

2. ** - (P₁₋₃<0,05);

3. *** - (P₁₋₄<0,05);

4. **** - (P₁₋₅<0,05).

Дослідження показало, що динаміка параметрів імунного статусу у 2-й групі із додатковим включенням внутрішньоклітинного системного ензимного препарату була більш статистично достовірно значимою, ніж така у 1-й групі ($p < 0,05$). У 2-й групі пацієнтів рівень CD3 після проведеного лікування зріс на 22,9%, CD4 – на 23,6%, CD8 – на 48,3%, рівень CD16 - на 26,4%, рівень CD22 знизився на 12,9%, що було практично наближалось до вікових норм. А у 1-й групі, хоча й намітилася позитивна динаміка (рівень CD3 підвищився на 15,9%, CD4 – на 15,0%, CD8 – на 37,2%, рівень CD16 - на 17,1%, рівень CD22 знизився на 9,7%, проте після лікування імунологічні показники залишались на рівні Т-лімфоцитопенії I ст. Також статистично значимо знизився рівень усіх досліджуваних класів імуноглобулінів у обох групах: Ig G знизився на 7,6% у 1-й групі і на 15,8% - у 2-й групі, Ig M - на 25,9% і 33,2% відповідно, вміст Ig A - 5,9% і 15,0% відповідно. У 2-й групі після лікування регрес даних показників був статистично значимо більш вагомим ($p < 0,05$). Рівень активності комплементу зріс у обох досліджуваних групах після лікування (на 28,4% у 1-й групі і на 36,1% - у 2-й групі), що свідчить про активацію неспецифічних факторів захисту імунної системи після лікування, проте лікувальний ефект у 2-й групі був вагомим. Також статистично значимо знизився рівень ЦІК після лікування у 1-й групі на 23,7%, у 2-й групі – на 31,5%. Отримані дані динаміки параметрів імунної системи довели вищу ефективність комплексної терапії із включенням курсу внутрішньоклітинного системного ензимного препарату, що робить можливим рекомендувати його до практичного використання у пацієнтів з первинним остеоартрозом.

На рис. 7 показано динаміку рівня фекальної α -еластази у досліджуваних групах. У 3-й групі рівень фекальної α -еластази мав статистично значиму тенденцію до зниження після проведеного лікування ($p < 0,05$). У 4-й групі рівень фекальної α -еластази статистично значимо зріс, що свідчить про позитивний вплив пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу на ЗСН ПЗ у пацієнтів з ОА у поєднанні з ХП ($p < 0,05$).



Рисунок 7. Динаміка вмісту фекальної α -еластази під впливом різних комплексів лікування

Після проведеного лікування у пацієнтів 3-ої групи спостерігалася статистично значима тенденція до погіршення показників копрограми, виражених у балах ($p < 0,05$). У 4-й підгрупі спостерігалася статистично значиме покращення показників копрограми, виражених у балах ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний ефект пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу на екзокринну функцію ПЗ (рис. 8).

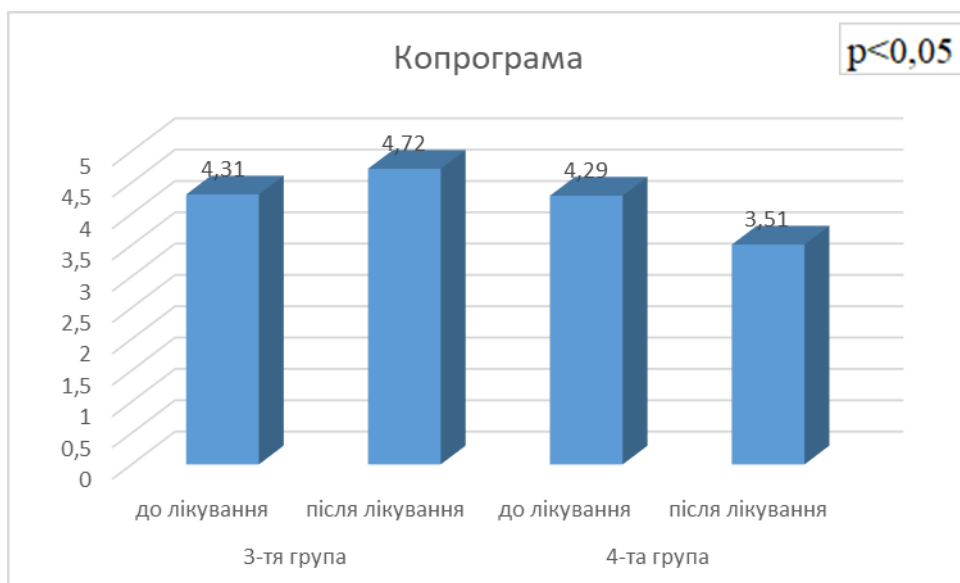


Рисунок 8. Динаміка показників копрограми під впливом різних комплексів лікування

Аналіз шкал опитувальника GSRS у 3-ій групі показав достовірно значиму тенденція до погіршення показників шкал, що свідчило про негативний вплив препаратів, що застосовуються для лікування первинного ОА, на екзокринну функцію ПЗ ($p < 0,05$) (рис. 9).

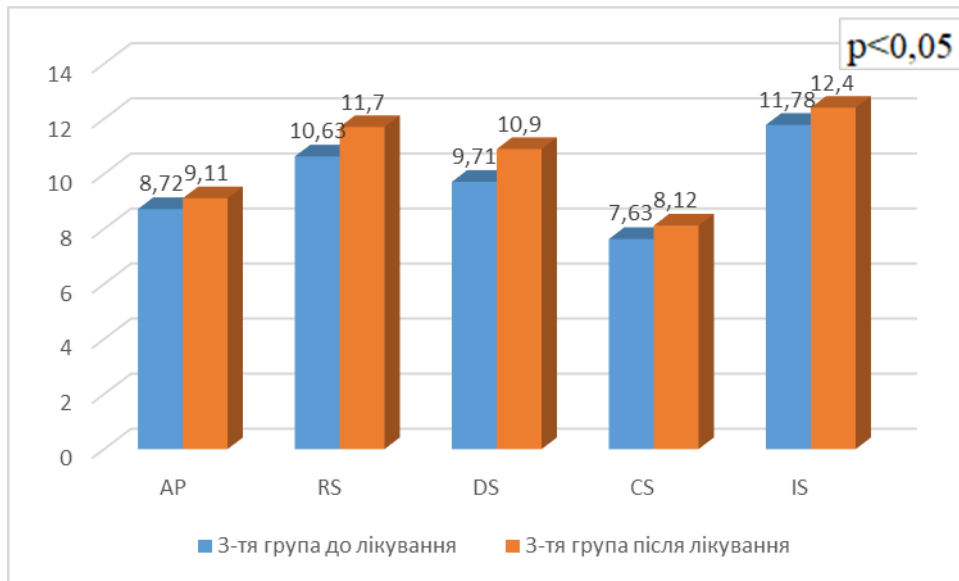


Рисунок 9. Показники ЯЖ опитувальника GSRS у 1-й групі в результаті лікування

У 4-й підгрупі було виявлено статистично значиме покращення показників шкал опитувальника GSRS, що свідчило про позитивний вплив застосування пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу на гастроентерологічну симптоматику при первинному ОА у поєднанні із ХП (рис. 10) ($p < 0,05$).

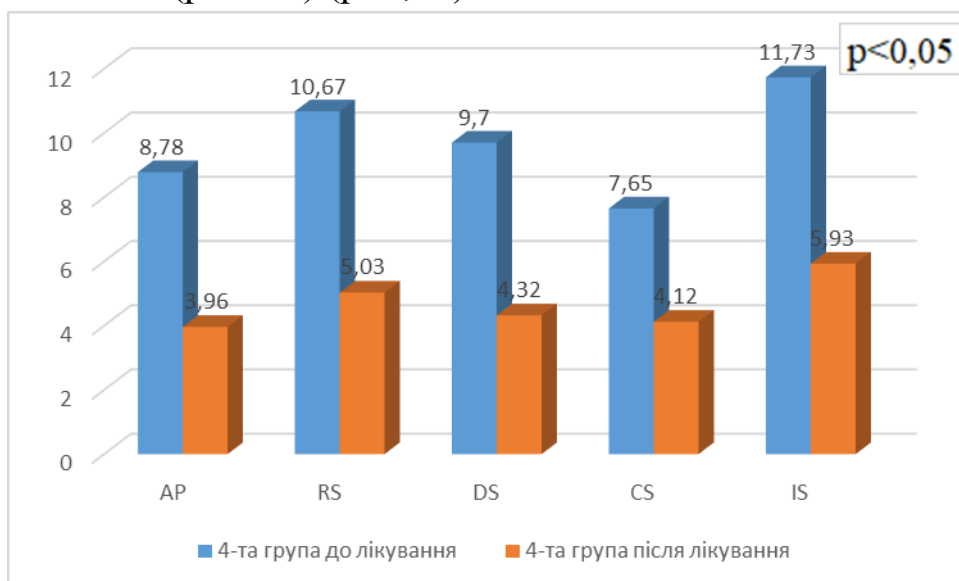


Рисунок 10. Показники ЯЖ опитувальника GSRS у 2-й групі в результаті лікування

Після проведеного лікування статистично значимий позитивний ефект спостерігався у обох групах пацієнтів за індексом Лекена ($p < 0,05$), проте у 2-й групі лікувальний ефект був вагомішим ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний вплив пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу на перебіг первинного ОА у поєднанні із ХП (рис. 11).



Рисунок 11. Індекс Лекена у досліджуваних групах у результаті лікування

Також статистично значима позитивна динаміка спостерігалася у обох групах хворих після проведеного лікування за тестом Харріса ($p < 0,05$), проте у четвертій групі лікувальний ефект був статистично значимо вагомішим ($p < 0,05$), що свідчило про доцільність включення пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу в комплексне протокольне лікування пацієнтів з первинним ОА у поєднанні із ХП (рис. 12).

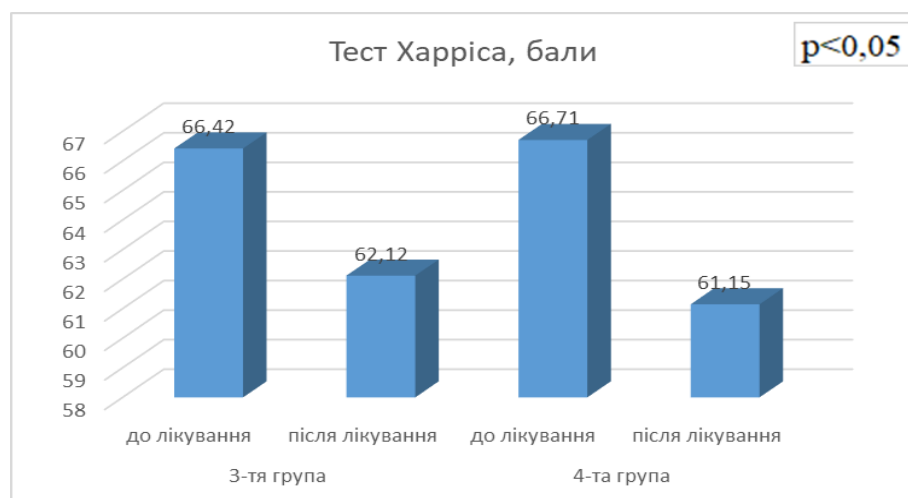


Рисунок 12 – Порівняльна динаміка показника тесту Харріса в результаті лікування пацієнтів з ОА

У табл. 2 наведено динаміку показників імунного статусу до та після застосування запропонованих схем лікування. Аналіз вхідних даних до лікування показав наявність при ОА у поєднанні з ХП вторинної імунної недостатності, Т-лімфоцитопенії II ст. Одночасно у пацієнтів зростає вміст у сироватці крові всіх класів імуноглобулінів, що свідчило про наявність хронічного торпідного запального процесу. Також встановили зниження неспецифічної резистентності за рівнем активності комплементу.

Динаміка параметрів імунного статусу у 4-й групі із додатковим включенням пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу була більш статистично достовірно значимою, ніж така у 3-й групі ($p < 0,05$). У 3-й групі пацієнтів рівень CD3 після проведеного лікування зріс на 16,4%, CD4 – на 17,7%, CD8 – на 23,0%, рівень CD16 - на 13,8%, рівень CD22 знизився на 14,1%. А у 4-й групі лікувальний ефект був вагомим (рівень CD3 підвищився на 23,9%, CD4 – на 26,4%, CD8 – на 50,2%, рівень CD16 - на 28,2%, рівень CD22 знизився на 17,9%. Також статистично значимо знизився рівень усіх досліджуваних класів імуноглобулінів у обох групах: Ig G знизився на 8,4% у 3-й групі і на 16,8% - у 4-й групі, Ig M - на 17,1% і 39,0% відповідно, вміст Ig A - 3,7% і 18,7% відповідно. У 4-й групі після лікування регрес даних показників був статистично значимо більш вагомим ($p < 0,05$). Рівень активності комплементу зріс у обох досліджуваних групах після лікування (на 28,7% у 3-й групі і на 36,1% - у 4-й групі), що свідчить про активацію неспецифічних факторів захисту імунної системи після лікування, проте лікувальний ефект у 4-й групі був вагомим. Також статистично значимо знизився рівень ЦК після лікування у 3-й групі на 24,3%, у 4-й групі – на 32,2%. Отримані дані динаміки параметрів імунної системи довели вищу ефективність комплексної терапії із включенням курсу пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу, що робить можливим рекомендувати його до практичного використання у пацієнтів з первинним остеоартрозом у поєднанні із ХП.

**Динаміка показників імунного статусу під впливом
запропонованих методик лікування**

| Показник імунограми | Група порівняння | | | | |
|--|--------------------|--|--------------------|--|---|
| | Контроль (n=30) | 3 група (n=33) | | 4 група (n=34) | |
| | | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| CD3,% | 66,41± 0,61 | 46,25± 0,34* p ₂₋₃ <0,05 | 53,81± 1,56** | 45,11± 0,72*** p ₄₋₅ <0,05 | 55,91± 1,14**** p ₂₋₅ <0,05 |
| CD22,% | 14,98± 0,12 | 21,76± 0,31* p ₂₋₃ <0,05 | 18,70± 0,40** | 20,71± 0,36*** p ₄₋₅ <0,05 | 17,15± 0,35**** p ₂₋₅ <0,05 |
| CD16,% | 13,26± 0,10 | 10,09± 0,09* p ₂₋₃ <0,05 | 11,48± 0,35** | 9,98± 0,14*** p ₄₋₅ <0,05 | 12,79± 0,11**** p ₂₋₅ <0,05 |
| CD4,% | 39,99± 0,76 | 30,69± 0,41* p ₂₋₃ <0,05 | 36,11± 0,54** | 30,78± 0,51*** p ₄₋₅ <0,05 | 38,89± 0,36**** p ₂₋₅ <0,05 |
| CD8,% | 26,15± 0,65 | 14,81± 0,32* p ₂₋₃ <0,05 | 18,22± 0,22** | 13,60± 0,31*** p ₄₋₅ <0,05 | 20,42± 0,64**** p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig G, г/л | 8,42± 0,14 | 12,46± 0,39* p ₂₋₃ <0,05 | 11,41± 0,25** | 12,41± 0,18*** p ₄₋₅ <0,05 | 10,33± 0,15**** p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig A, г/л | 1,79± 0,05 | 2,69± 0,13* p ₂₋₃ <0,05 | 2,59± 0,03** | 2,57± 0,14*** p ₄₋₅ <0,05 | 2,09± 0,06**** p ₂₋₅ <0,05 |
| Ig M, г/л | 1,55± 0,01 | 2,63± 0,19* p ₂₋₃ <0,05 | 2,18± 0,04** | 2,95± 0,13*** p ₄₋₅ <0,05 | 1,89± 0,07**** p ₂₋₅ <0,05 |
| ЦК, ум. Од. | 64,75± 0,64 | 237,43± 7,57* p ₂₋₃ <0,05 | 179,63± 4,07** | 239,12± 6,67* p ₄₋₅ <0,05 | 162,13± 4,28**** p ₂₋₅ <0,05 |
| Комплемент (C _{H50}), гем.од | 290,32± 2,05 | 153,89± 4,89* p ₂₋₃ <0,05 | 198,11± 4,49** | 149,47± 3,32*** p ₄₋₅ <0,05 | 203,47± 4,88**** p ₂₋₅ <0,05 |
| IPI (CD4/CD8) | 1,69± 0,02 | 2,19± 0,08* p ₂₋₃ <0,05 | 2,05± 0,02** | 2,17± 0,03*** p ₄₋₅ <0,05 | 1,79± 0,02**** p ₂₋₅ <0,05 |

Примітки: 1. * - (P₁₋₂<0,05);
2. ** - (P₁₋₃<0,05);
3. *** - (P₁₋₄<0,05);
4. **** - (P₁₋₅<0,05).

Висновки:

1. У пацієнтів з первинним ОА при супутній екзокринній недостатності підшлункової залози встановлено статистично значиме поглиблення її за показниками фекальної α -еластази і копрограми у балах ($p < 0,05$).

2. У хворих на ОА у поєднанні із ХП виявили наявність вторинної імунної недостатності, Т-лімфоцитопенію I-II ст., активацію гуморальної ланки імунітету за рівнями імуноглобулінів, а також зниження неспецифічної резистентності за рівнем активності комплементу.

3. При застосуванні системного внутрішньоклітинного системного ензимного препарату Вобензим у комплексному лікуванні ОА спостерігалось статистично значиме покращення параметрів екзокринної функції підшлункової залози ($p < 0,05$), що засвідчило позитивну панкреатотропну дію даного препарату при ОА.

4. Включення системного внутрішньоклітинного системного ензимного препарату Вобензим та пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу Біон 3 у комплексне лікування ОА сприяло більш вагомому позитивному впливу на параметри індекса Лекена і тесту Харріса ($p < 0,05$), ніж протокольного лікувального комплексу, що довело доцільність застосування даного препарату у лікуванні пацієнтів з первинним ОА у коморбідності з екзокринною недостатністю підшлункової залози.

5. Встановили, що використання у комплексному лікуванні хворих на ОА внутрішньоклітинного системного ензимного препарату Вобензим та пробіотично-вітамінно-мінерального комплексу Біон 3 сприяє нормалізації показників імунного статусу, що доводить доцільність включення цих препаратів у комплексне лікування пацієнтів з первинним ОА за умов коморбідності ($p < 0,05$).

6. У перспективі подальших досліджень плануємо запропонувати і науково обґрунтувати немедикаментозні програми лікування ОА у коморбідності з екзокринною недостатністю підшлункової залози.

Література:

1. Babinets, L.S., Halabitska, I.M. Chronic inflammatory process and bone tissue changes in patients with osteoarthritis and exocrine pancreatic insufficiency. *Lekarsky Obzor*. 2020;69 (1): 7-10.

2. DeFrate, L.E., Kim-Wang, S.Y., Englander, Z.A., McNulty, A.L. Osteoarthritis year in review 2018: mechanics. *Osteoarthritis and Cartilage* 2019;27 (3): 392-400. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.12.011>
3. Loeser, R.F., Goldring, S.R., Scanzello, C.R., Goldring, M.B. Osteoarthritis: A disease of the joint as an organ. *Arthritis and Rheumatism*. 2012;64 (6): 1697-1707.
4. Geurts, J., Nasi, S., Distel, P., Müller-Gerbl, M., Prolla, T.A., Kujoth, G.C. et al. Prematurely aging mitochondrial DNA mutator mice display subchondral osteopenia and chondrocyte hypertrophy without further osteoarthritis features, *Scientific Reports*. 2020;10 (1): 1296. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58385-w>.
5. Altman, R.D., Bedi, A., Karlsson, J., Sancheti, P., Schemitsch, E. Product Differences in Intra-articular Hyaluronic Acids for Osteoarthritis of the Knee. *American Journal of Sports Medicine*. 2016;44 (8): 2158-65. Available from: <https://doi.org/10.1177/0363546515609599>.
6. L.S. Babinets, I.M. Halabitska. The trophological status of patients with osteoarthrosis and excretory insufficiency of pancreas (2019) *Health of Society*, 8 (2), pp. 41-44.
7. Glyn-Jones, S., Palmer, A.J.R., Agricola, R., Price, A.J., Vincent, T.L., Weinans, H., Carr, A.J. Osteoarthritis (2015) *The Lancet*, 386 (9991), pp. 376-387.
8. Pendharkar, S.A., Salt, K., Plank, L.D., Windsor, J.A., Petrov, M.S. Quality of life after acute pancreatitis a systematic review and meta-analysis (2014) *Pancreas*, 43 (8), pp. 1194-1200.
9. Swain S., Sarmanova A., Coupland C. et al. Comorbidities in Osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019. DOI: 10.1002/acr.24008.
10. Babinets L.S., Halabitska I.M., Kotsaba Y.Y. et al. The effect of the proteolysis' system activity for the trophological status of patients with osteoarthritis and exocrine insufficiency of pancreas. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)* 2018; 71(2 pt 1): 273-276.
11. Waldstein W, Perino G, Gilbert SL et al. OARSI osteoarthritis cartilage histopathology assessment system: A biomechanical evaluation in the human knee. *J Orthop Res* 2016; 34: 135–140.
12. DeFrate, L.E., Kim-Wang, S.Y., Englander, Z.A., McNulty, A.L. Osteoarthritis year in review 2018: mechanics *Osteoarthritis and Cartilage*, 2019; 27 (3): 392-400.
13. Bagi, C.M., Berryman, E., Zakur, D.E., Wilkie, D., Andresen, C.J. Effect of antiresorptive and anabolic bone therapy on development of osteoarthritis in a posttraumatic rat model of OA *Arthritis Research and Therapy*, 2015, 17 (1), art. no. 315.
14. Babinets, L.S., Kytsai, K.Y., Kotsaba, Y.Y., Halabitska, I.M., Melnyk, N.A., Semenova, I.V., Zemlyak, O.S.: Improvement of the complex medical

- treatment for the patients with chronic biliary pancreatitis. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland:1960)*, 2017, 70(2): 213-216.
15. Kim, Y.H., Lee, J.S., Park, J.H. Association between bone mineral density and knee osteoarthritis in Koreans: the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Surveys *Osteoarthritis and Cartilage*, 2018, 26 (11): 1511-1517.
 16. Mobasheri, A., Batt, M. An update on the pathophysiology of osteoarthritis *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2016, 59 (5-6): 333-339.
 17. Findlay, D.M., Kuliwaba, J.S. Bone-cartilage crosstalk: A conversation for understanding osteoarthritis *Bone Research*, 2016, 4, art. no. 16028.
 18. Lohr, J. Matthias, Dominguez-Munoz Enrique, Rosendahl, Jonas: United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis *United european gastroenterology journal*, 2017, 5(2): 153-199.
 19. Katz, S., Weirnerman, S. Osteoporosis and gastrointestinal disease *Gastroenterology and Hepatology*, 2010, 6 (8): 506-517.
 20. De Pretis, N., Amodio, A., Frulloni, L. Updates in the field of autoimmune pancreatitis: a clinical guide *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*, 2018, 12 (7): 705-709.
 21. Dhaon, P., Das, S.K., Srivastava, R., Asthana, A., Agarwal, G. Osteoporosis in postmenopausal females with primary knee osteoarthritis in a vitamin D deficient population *Journal of Association of Physicians of India*, 2017, 65 (November): 26-29.
 22. Whitcomb, D.C., Frulloni, L., Garg, P., Greer, J.B., Schneider, A., Yadav, D., Shimosegawa, T. Chronic pancreatitis: An international draft consensus proposal for a new mechanistic definition *Pancreatology*, 2016, 16 (2): 218-224.
 23. Waldstein W, Perino G, Gilbert SL et al. OARSI osteoarthritis cartilage histopathology assessment system: A biomechanical evaluation in the human knee. *J Orthop Res* 2016; 34: 135–140. doi: 10.1002/jor.23010.
 24. DeFrate, L.E., Kim-Wang, S.Y., Englander, Z.A., McNulty, A.L. Osteoarthritis year in review 2018: mechanics. *Osteoarthritis and Cartilage* 2019; 27 (3): 392-400. doi: 10.1016/j.joca.2018.12.011.
 25. Bagi, C.M., Berryman, E., Zakur, D.E., Wilkie, D., Andresen, C.J. Effect of antiresorptive and anabolic bone therapy on development of osteoarthritis in a posttraumatic rat model of OA. *Arthritis Research and Therapy* 2015; 17 (1), art. no. 315.
 26. Babinets, L.S., Kytsai, K.Y., Kotsaba, Y.Y., Halabitska, I.M., Melnyk, N.A., Semenova, I.V., Zemlyak, O.S.: Improvement of the complex medical treatment for the patients with chronic biliary pancreatitis. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland:1960)* 2017; 70(2): 213-216.
 27. Kim, Y.H., Lee, J.S., Park, J.H. Association between bone mineral density and knee osteoarthritis in Koreans: the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Surveys. *Osteoarthritis and Cartilage* 2018; 26 (11): 1511-1517. doi: 10.1016/j.joca.2018.07.008

28. Di Pietro, G., Scimeca, M., Iundusi, R., Celi, M., Gasbarra, E., Tarantino, U., Capuani, S. Differences between muscle from osteoporotic and osteoarthritic subjects: in vitro study by diffusion-tensor MRI and histological findings. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020; 32 (12): 2489-2499.
29. Hayes, K.N., Giannakeas, V., Wong, A.K.O. Bisphosphonate Use Is Protective of Radiographic Knee Osteoarthritis Progression Among those With Low Disease Severity and Being Non-Overweight: Data From the Osteoarthritis Initiative *Journal of Bone and Mineral Research* 2020; 35 (12): 2318-2326. doi: 10.1002/jbmr.4133
30. Arima, K., Mizukami, S., Nishimura, T., Tomita, Y., Nakashima, H., Abe, Y., Aoyagi, K. Epidemiology of the association between serum 25-hydroxyvitamin D levels and musculoskeletal conditions among elderly individuals: a literature review. *Journal of Physiological Anthropology* 2020; 39 (1), art. no. 38.
31. Kasher, M., Williams, F.M.K., Freidin, M.B., Cherny, S., Livshits, G. An in-depth study of the associations between osteoarthritis- and osteoporosis-related phenotypes at different skeletal locations *Osteoporosis International* 2020; 31 (11): 2197-2208. doi: 10.1007/s00198-020-05504-y
32. Wegner, A.M., Haudenschild, D.R. NADPH oxidases in bone and cartilage homeostasis and disease: A promising therapeutic target. *Journal of Orthopaedic Research* 2020; 38 (10): 2104-2112. doi: 10.1002/jor.24693
33. Mobasher, A., Batt, M. An update on the pathophysiology of osteoarthritis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2016; 59 (5-6): 333-339. doi: 10.1016/j.rehab.2016.07.004
34. Findlay, D.M., Kuliwaba, J.S. Bone-cartilage crosstalk: A conversation for understanding osteoarthritis. *Bone Research* 2016; 4, art. no. 16028. doi: 10.1038/boneres.2016.28
35. Lohr, J. Matthias, Dominguez-Munoz Enrique, Rosendahl, Jonas: United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis. *United European gastroenterology journal* 2017; 5(2): 153-199. doi: 10.1177/2050640616684695
36. Katz, S., Weirnerman, S. Osteoporosis and gastrointestinal disease. *Gastroenterology and Hepatology* 2010; 6 (8): 506-517.
37. De Pretis, N., Amodio, A., Frulloni, L. Updates in the field of autoimmune pancreatitis: a clinical guide. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology* 2018; 12 (7): 705-709. doi: 10.1080/17474124.2018.1489230
38. Dhaon, P., Das, S.K., Srivastava, R., Asthana, A., Agarwal, G. Osteoporosis in postmenopausal females with primary knee osteoarthritis in a vitamin D deficient population. *Journal of Association of Physicians of India* 2017; 65 (November): 26-29.
39. Whitcomb, D.C., Frulloni, L., Garg, P., Greer, J.B., Schneider, A., Yadav, D., Shimosegawa, T. Chronic pancreatitis: An international draft consensus proposal for a new mechanistic definition. *Pancreatology* 2016; 16 (2): 218-224. doi: 10.1016/j.pan.2016.02.001

НИРКИ ЗДОРОВІ, ХВОРІ, ШТУЧНІ, ТРАНСПЛАНТОВАНІ – ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ СІМЕЙНОМУ ЛІКАРЮ?

Вступ. Проблема своєчасної діагностики і терапії захворювань нирок є надто важливою у діяльності сімейного лікаря. Цим захворюванням повинна приділятися особлива увага, оскільки вони досить часто протікають малосимптомно, без будь-яких клінічних проявів, що не сприяє розробці індивідуальних програм профілактики і реабілітації. Лише в останні десятиріччя розроблені і впроваджені сучасні стандарти медикаментозної терапії та методи замісної терапії - гемодіаліз та перитональний діаліз, які забезпечили продовження тривалості життя пацієнтів та підвищення його якості, можливість збереження життя пацієнтів до проведення трансплантації нирки. Сімейний лікар повинен знати особливості ниркового континууму і вміти надати медичну допомогу на всіх його етапах.

Мета роботи. Висвітлити основні прояви найбільш розповсюджених захворювань нирок, сучасні можливості їх профілактики і лікування, продемонструвати можливості сучасних методів замісної терапії.

Результати й обговорення. Автори узагальнили останні результати національних і міжнародних досліджень, що базуються на принципах доказової медицини, а також власні дані щодо розвитку і перебігу хронічної хвороби нирок. Особлива увага приділена перебігу хронічної хвороби нирок в умовах коморбідності, зокрема, поєданого перебігу хронічної хвороби нирок і цукрового діабету. Проведено детальний аналіз особливостей кардіоваскулярного ризику у пацієнтів, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі, особливості якості життя та їх залежність від психосоматичних факторів.

Модифіковані фактори ризику (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, дисліпідемія, паління, гіподинамія, вживання алкоголю та ін.) призводять до ендотеліальної дисфункції, яка є однією з причин розвитку кардіоваскулярної патології та прогресування гломерулярних пошкоджень нирок. Ендотеліальна дисфункція є першим етапом розвитку атеросклерозу внаслідок

порушення синтезу оксиду азоту, реакція ендотелію на фоні вазодилататорів змінюється – замість дилатації виникає вазоконстрикція судин, що призводить до підвищення кардіоваскулярного ризику у хворих, що перебувають на НЗТ.

Проблема якості життя хворих, що знаходяться на нирково-замісній терапії залишається актуальною, незважаючи на постійне збільшення кількості нефрологічних центрів, покращення якості сучасного лікування хворих на термінальній стадії ХХН, збільшення тривалості життя.

Висновок. По мірі прогресування ХХН фізичне здоров'я, як показник якості життя, знижується, внаслідок зменшення фізичної активності, обмеження трудової діяльності, толерантності до фізичного навантаження. Постійний стресовий стан організму хворих на НЗТ та їх якість життя достовірно впливають на рівень кардіоваскулярного ризику та на перебіг ХХН. Своєчасне виявлення факторів, які впливають на рівень кардіоваскулярного ризику, правильний підхід до їх лікування та профілактику, дасть змогу знизити смертність хворих, які перебувають на програмному та перитонеальному діалізі.

Сімейний лікар, будучи ключовою фігурою у наданні медичної допомоги і організації профілактичних заходів, повинен знати можливі ризики на всіх етапах ниркового континууму і запобігати розвитку небажаних подій.

Мандзій З.П.

*Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України*

КОРЕКЦІЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ЕТАПІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ - ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Найпоширенішим захворюванням крові є залізодефіцитна анемія. По даним ВОЗ більше половини населення різних країн страждає залізодефіцитною анемією. Вона охоплює всі вікові групи населення, але найчастіше зустрічається у дітей, підлітків і вагітних жінок [1,8].

У багатьох країнах питання про попередження і лікування анемії стає соціальною проблемою. Наявність залізодефіцитного стану знижує якість життя пацієнтів, порушує їх працездатність, викликає функціональні розлади з боку багатьох органів і систем. Для профілактики і усунення залізодефіцитних станів успішно застосовується ціла група залізовмісних препаратів, асортимент яких безперервно поповнюється і оновлюється [2,5].

Недостаток заліза виникає в результаті невідповідності між потребами організму в залізі і його надходженням (або втратами [3].) У розвитку недостатку заліза можна виділити дві стадії:

– латентний дефіцит заліза (ЛДЗ) — рівень заліза феритину і насичення трансферину зменшені, рівень гемоглобіну понижений, клінічні ознаки дефіциту заліза відсутні;

– залізодефіцитна анемія (ЗДА) (клінічно виражений дефіцит заліза) — захворювання, при якому знижується вміст заліза в сироватці крові, кістковому мозку і депо; в результаті порушується утворення гемоглобіну, виникають гіпохромна анемія і трофічні розлади в тканинах.

Найбільш поширені причини залізодефіцитної анемії у дорослих є:

1. Крововтрати — повторні і тривалі кровотечі: маткові, шлунково-кишкові, виразкова хвороба, геморой, виразковий коліт), легеневі (рак, бронхоектази) [3].

2. Підвищена витрата заліза — вагітність, лактація, інтенсивне зростання дітей, статеве дозрівання, хронічні інфекційні захворювання, запальні процеси і новоутворення [3,4].

3. Порушення всмоктування заліза — резекція шлунку, ентерит; прийом лікарських препаратів, що знижують всмоктування заліза, зниження кількості заліза, що поступає з їжею.

Причини прихованого недостатку заліза є :

1. Прихований недостаток заліза зустрічається найчастіше в дитячому віці, а також у підлітків і молодих жінок.

2. Жінки втрачають 12-79 міліграм заліза за 1 менструальну кровотечу (в середньому 15 міліграм), втрати при кожній вагітності, в пологах і за час лактації — 700-800 міліграм (до 1 г).

Ранніми ознаками дефіциту заліза, що розвивається, є: слабкість, підвищена втомлюваність, неспокій, недостатня концентрація уваги, зниження працездатності, психологічна лабільність, головні болі вранці, знижений апетит, підвищена схильність до інфекцій.

Симптоми залізодефіцитної анемії.

Якщо не приймаються заходи, направлені на профілактику розвитку дефіциту заліза в «групах ризику», не компенсується дефіцит заліза на ранніх стадіях, то розвивається залізодефіцитна анемія (ЗДА).

У клінічній картині ЗДА можна виділити декілька специфічних симптомів і синдромів.

До характерних специфічних (сидеропенічних) симптомів дефіциту заліза відносяться:

- спотворення смаку (вживання крейди, глини, ячної шкарлупи, зубної пасти, сирих круп, сирого м'яса, льоду);
- спотворення нюху (привертають запахи вогкості, вапна, гасу, вихлопних газів, ацетону, гуталіну і ін.

Гіпоксичний синдром виникає в результаті кисневого голодування тканин при достатній вираженості анемії. Він виявляється наступними ознаками:

- блідість шкірних покривів і слизових оболонок,
- синюшність губ,
- задишка,
- тахікардія, колючі болі в серці,
- слабкість, постійне відчуття втоми, зниження емоційного тону,
- відставання дітей в психічному розвитку.

Синдром ураження епітеліальних тканин

розвивається в результаті зниження синтезу залізовмісних ферментів і порушення процесів тканинного обміну. Характерні прояви:

- сухість шкіри,
- ламкість і випадання волосся,
- ламкість і покреслення нігтів,
- тріщини шкіри ніг і рук,

- стоматит,
- зниження м'язового тону, м'язова слабкість,
- імперативні позиви на сечовипускання, нетримання сечі при сміху і чханні, нічне нетримання сечі;

ураження шлунку і кишечника — нестійкий стілець, порушення шлункової секреції, у 50% хворих — атрофічний гастрит.

Гематологічний синдром.

Діагностичними критеріями залізодефіцитної анемії є:

зниження кількості еритроцитів до $1,5-2,0 \times 10^{12}/л$, зниження гемоглобіну у дітей перших 5 років життя нижче 110 г/л, у дітей, старше 5 років і дорослих — нижче за 120 г/л, зниження колірного показника менше 0,85.

Заходи профілактики залізодефіцитних станів

Необхідної профілактики дефіциту заліза, що становить, є у всіх вікових групах; повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів.

Профілактику залізодефіцитних станів у дітей слід починати ще до народження, для чого рекомендується прийом препаратів заліза жінкам впродовж всього періоду вагітності, особливо в останньому триместрі. Попередження залізодефіцитних станів, особливо у дітей, дозволяє понизити у них ризик інфекційних захворювань, сприяє повноцінному психічному і фізичному розвитку дитини [5].

Приймати препарати заліза рекомендується жінкам під час вагітності і протягом всього періоду лактації. В цьому випадку переважними є спеціально розроблені полівітамінні комплекси із залізом.

Принципи раціональної терапії залізодефіцитної анемії

Неможливо ліквідувати дефіцит заліза, і тим більше залізодефіцитну анемію, без препаратів заліза — лише дієтою, що складається з багатих залізом продуктів. Заліза з лікарських препаратів може всмоктатися в 15-20 разів більше, ніж з їжі.

При лікуванні залізодефіцитних станів перевага віддається пероральним препаратам заліза [6,7].

Лікування препаратами заліза слід починати з малих доз, підвищуючи їх через декілька днів, щоб уникнути передозування і токсичних реакцій.

Для корекції залізодефіцитних станів в організм повинно поступати щодня близько 0,5 міліграма заліза/кг маси тіла. Оскільки в нормі з шлунково-кишкового тракту всмоктується тільки 10%, а при анеміях — до 25% заліза, то слід призначати близько 2 міліграма/кг маси тіла, що складає у дорослих 100-200 міліграм Fe (II) на добу. Вищі дози не доцільні (оскільки всмоктування заліза обмежене фізіологічними механізмами) і лише підсилюють побічні ефекти.

Не слід припиняти лікування препаратами заліза після нормалізації вмісту гемоглобіну і еритроцитів: з метою створення в організмі «депо» слід продовжувати прийом препаратів впродовж 1-2 місяців.

При прийомі пероральних препаратів заліза може виникати ряд побічних ефектів:

шлунково-кишкові розлади: нудота, блювота, кишкова коліка, проноси/закрепи;

потемніння зубів, помилкова реакція на приховану кров в калі, гіперемія обличчя, відчуття жару (рідко), алергічні реакції (рідко), зниження артеріального тиску, тахікардія.

Найчастіше зустрічаються диспептичні розлади (у 50% пацієнтів), пов'язані з подразнюючою дією іонів заліза на слизову шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Слід зазначити, що вираженість побічної дії з боку ШКТ пов'язана з кількістю препарату, що не всмоктався: чим краще препарат всмоктується, тим краще він переноситься і дає менше побічних ефектів.

Критерії ефективності терапії препаратами заліза. Про ефективність препаратів заліза судять по лабораторних критеріях - це результатах аналізу крові в динаміці. До 5-7 дня лікування повинна збільшитися кількість ретикулоцитів (молодих еритроцитів) в 1,5-2 рази в порівнянні з початковими даними. Починаючи з 7-10 дня терапії, підвищується вміст гемоглобіну, через 2-4 тижні спостерігається позитивна динаміка кольорового показника [8,9].

Клінічні ознаки поліпшення з'являються значно раніше (вже через 2-3 дні) в порівнянні з нормалізацією рівня гемоглобіну. Це пов'язано з надходженням заліза у ферменти, дефіцит яких обумовлює м'язову слабкість.

Препарати, що містять дво та трьохвалентне залізо Fe (II):

ряд комплексних препаратів Fe (II) і Fe (III) містять мукопротеозу, запобігають подразненню слизової ШКТ іонами заліза, сприяють повільному вивільненню іонів заліза, підвищують його біодоступність і покращують переносимість. Але

володіють рядом загальних недоліків: можуть викликати у пацієнтів потемніння зубів і ясен, диспептичні явища (нудоту, блювоту, болі в епігастрії, закрепи або проноси), алергічні реакції за типом кропив'янки. При передозуванні препаратів можливі випадки важкого отруєння, особливо у дітей, яке пов'язане з активацією процесів вільно-радикального окислення і гіперпродукцією активних радикалів. Це може приводити до метаболічних і функціональних порушень в організмі[5].

Викликає інтерес визначення можливості використання для надходження всередину клітин ліпосом – нової перспективної лікарської форми, що представляє собою фосфоліпідні пухирці з включеними в їхню порожнину ліками й біологічно активними речовинами. Ліпосоми запобігають швидкому руйнуванню лікарських хіміопрепаратів ферментними системами організму, що значно пролонгує їх дію. На сьогоднішній день фармацевтична промисловість випускає препарат - **Поліфер**, який є інноваційним ліпосомальним комплексом заліза, що легко засвоюється. Запатентована технологія такого комплексу заліза дозволяє уникнути побічних ефектів, які досить часто відмічаються при прийомі препаратів заліза, а саме: зригування, нестійкі випорожнення, фарбування слизової оболонки рота і емалі зубів, закрепи, зміна забарвлення кольору калу, нудота. Поліфер не токсичний, а отже він може бути рекомендований у всіх випадках дефіциту заліза, в тому числі при вагітності, годуванні груддю і дітям. Оскільки таблетоване чи капсульне залізо, потрапляючи у шлунково-кишковий тракт, піддається дії ферментних систем, шлункового соку то залізо, яке знаходиться в захисному оточенні ліпосом, не піддається впливу ферментів і зберігає свої властивості.

Ліпосомальна форма заліза, попадаючи в тонкий кишечник, зв'язується з хіломікронами і транспортується спочатку в лімфатичну систему, а звідти надходить в печінковий кровотік. В результаті такої фармакокінетики, навіть при низьких дозах поліфера, забезпечується

висока біодоступність заліза. Завдяки ліпосомній технології біодоступність заліза в продукті збільшується в 3,5 рази в порівнянні з тією ж кількістю заліза, що не входить в структуру ліпосом. Ліпосомальне залізо має майже 100% біодоступність.

Отже, поліфер містить:

1. Пірофосфат заліза мікрокапсульований в ліпосомальній формі - 14мг
2. Вітамін С -80,
3. Вітамін В-12 – 2,5 мг,
4. 4. Фолієва кислота - 200мг.

Пірофосфат заліза мікрокапсульований в ліпосомальній формі залізо бере участь у синтезі гемоглобіну й міоглобіну, каталази й пероксидази; участь у окисних процесах (входить до складу 72 ферментів), забезпеченні нормального функціонування імунної системи. Пірофосфат заліза являє собою водорозчинне мікронізоване джерело заліза, що було сформульовано для підвищення поглинання заліза і зменшення небажаних органолептичних ознак. Завдяки інноваційній мікрокапсульованій технології пірофосфат заліза мікрокапсульований забезпечує адекватний рівень заліза без будь-яких неприємних побічних ефектів, таких як: печія, діарея, запор і нудота. Продукт забезпечує максимальну переносимість, навіть якщо потрібен постійний прийом протягом тривалого часу. Зручний у користуванні: 1 раз на добу, один стік, попередньо розвівши у 0,5 стакана води.

Вітамін В₁₂ (ціанокобаламін). Входить до складу ферментів, які активують білковий обмін, бере участь у біосинтезі метіоніну, нуклеїнових кислот, впливає на вуглеводний і жировий обмін; бере участь у кровотворенні. При його нестачі розвивається недокрів'я. Вітамін В₁₂ має протианемічний, гепатопротекторний, гіпохолестеринемічний ефекти, а також активує згортальну систему крові. В організмі, який росте, сприяє синтезу жирів, у дорослому – їх утилізації. У значних кількостях міститься в печінці, нирках, рибних продуктах, яйцях, сої.

Вітамін С (аскорбінова кислота), яка входить до складу поліферу, сприяє кращому всмоктуванню пірофосфату заліза, застосовується для профілактики та лікування анемій, цинги, при кровотечах, геморагічних діатезах, різноманітних інтоксикаціях.

Аскорбінова кислота є нетоксичною та неподразливою речовиною і добре сприймається організмом людини.

Фолієва кислота (вітамін В₉), яка входить до складу поліферу, відіграє виняткову роль у біосинтезі нуклеїнових кислот і процесах поділу клітин. При нестачі фолієвої кислоти порушуються кровотворні процеси – еритро-, лейко- та тромбопоез. Виникають розлади функцій внутрішніх органів, спостерігаються зміни слизових оболонок; у дітей – гіпотрофія, відставання у мовленні. При цьому розвиваються анемії, в тому числі, різні види злоякісних анемії – макроцитарна, спру, Аддісона-Бірмера. У медичній практиці застосовують кислоту фолієву і кальцію фолінат (аналог тетрагідрофолієвої кислоти). Призначають їх при фолієвому дефіциті для стимуляції кровотворення.

Матеріал та методи

У ході дослідження нами було обстежено 32 хворих (22 жінки і 10 чоловіків) на ЗДА легкого та середнього ступенів тяжкості. Вік обстежених коливався у межах від 18 до 42 років. Тривалість захворювання — від 1 до 4 років. Усі обстеження проводилися до початку будь-якого іншого лікування. Діагноз ЗДА верифікувався на підставі вивчення клінічних ознак (сидеропенічний та анемічний синдроми), змін периферичної крові, а також основних показників метаболізму заліза. У всіх хворих ЗДА розвинулася на фоні хронічних крововтрат, зумовлених менорагіями та захворюваннями шлунково-кишкового тракту (гострий та хронічний гастрити із пониженою кислотоутворюючою функцією шлунка). Легкий ступінь тяжкості діагностували у 21 хворого (9 чоловіків та 12 жінок), середній — у 15 хворих (5 чоловіків та 10 жінок). Хворим рекомендували дієту, що включала продукти з підвищеним вмістом заліза, проводилося лікування захворювань, які спричинили виникнення ЗДА.

Основним препаратом патогенетичного лікування ЗДА у всіх хворих був поліфер Залізо підтримує і відбудовує нормальну концентрацію заліза у крові. Фолієва кислота в організмі відбудовується до тетрагідрофолієвої кислоти, яка є коензимом, що бере участь у різних метаболічних процесах. Стимулює еритропоез, бере участь у синтезі амінокислот, нуклеїнових кислот, пуринів, піримідинів, в обміні холіну. Контроль клініко-гематологічних

показників (кількість еритроцитів, ретикулоцитів, гемоглобіну та кольоровий показник, середній вміст гемоглобіну в еритроциті (МСН), середня концентрація гемоглобіну в еритроциті (МСНС), залізо сироватки крові Fe, загальна залізо зв'язуюча здатність сироватки крові (ЗЗЗСК) проводився на 6-7-й день — термін вираженого ретикулоцитозу при позитивних гематологічних зрушеннях та на 21-й день — період явного підвищення вмісту гемоглобіну.

Результати та їх обговорення

Основними скаргами обстежуваних хворих з легким перебігом ЗДА були: підвищена втомлюваність, погіршення пам'яті, м'язова слабкість, запаморочення, періодичний біль у ділянці серця. У групі хворих на ЗДА з середнім ступенем тяжкості всі ознаки, що зумовлені як метаболічною інтоксикацією — втомлюваність, зниження пам'яті, головний біль, субфебрилітет, тахікардія, так і сидеропенічним синдромом — м'язова слабкість, спотворення смаку та нюху, ламкість нігтів та посилене випадіння волосся, "блакитні" склери, гіпо- або анацидний гастрит, порівняно з хворими, що мали легкий ступінь ЗДА, були виразнішими. Дані клінічні симптоми супроводжувалися достовірним зниженням гемоглобіну, кольорового показника, а також середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті та зменшенням кількості як транспортного, так і резервного фондів заліза в організмі (таблиця 1).

Внаслідок лікування препаратом «Поліфер» у хворих з легким ступенем ЗДА поліпшення загального самопочуття та зменшення клінічних симптомів відбулося протягом першого тижня. Водночас покращилися показники периферичної крові, рівень Hb та кольоровий показник на 6-7-й день майже досягав норми (табл. 1). Ці зрушення супроводжувалися підвищенням кількості ретикулоцитів.

На 29-30-й день лікування в даній групі хворих ліквідувалися всі клінічні ознаки захворювання та нормалізувалися показники вмісту еритроцитів, Hb, кольоровий показник. На 29-30-й день нормалізувалися МСН та МСНС, а також концентрація сироваткового заліза і загальна залізо зв'язуюча здатність сироватки крові, що свідчить про відновлення транспортного вмісту заліза.

Таблиця 1.

Показники загального аналізу крові та обміну сироваткового заліза у хворих на ЗДА середнього ступення важкості

| Показники | До лікування | 5-7 день | 29-30 день | Норма |
|---------------------------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|
| Еритроцити 10*12 | 2,85 + 0,35 | 3,25 + 0,31 | 4,36 + 0,28 | 4,57 + 0,35 |
| Ретикулоцити,% | 2,78 + 0,22 | 8,12 + 0,65 | 10,12 + 0,05 | 3,45 + 0,15 |
| Нб, г\л | 75,83 + 3,50 | 109,15 + 1,65 | 126,55 + 4,35 | 136,55 + 1,35 |
| Кольоровий показник | 0,65 + 0,01 | 0,85 + 0,03 | 0,84 + 0,01 | 0,95 + 0,01 |
| МСН,% | 22,50 + 0,02 | 27,6 + 0,15 | 30,70 + 0,24 | 31,80 + 0,15 |
| МСНС,% | 21,10 + 0,21 | 25,9 + 0,01 | 32,10 + 0,22 | 35,15 + 0,65 |
| Fe сироватки крові, мкмоль\л | 3,8 + 0,05 | Не визначалось | 24,5 + 0,10 | 25,70 + 0,25 |
| ЗЗЗК, мкмоль\л | 67,70 + 0,37 | Не визначалось | 55,5 + 3,10 | 51,50 + 2,10 |

У групі хворих на ЗДА середнього ступеня тяжкості внаслідок прийому препарату «Поліфер» покращення загального стану відмічалось уже на початку другого тижня, а повністю зникали сидеропенічні симптоми та ознаки метаболічної інтоксикації наприкінці другого — на початку третього тижня. Водночас спостерігалось значне збільшення та нормалізація кількості еритроцитів та вмісту Нб (табл. 2), нормалізація кольорового показника та МСН. Відновлювався рівень транспортного заліза.

Таблиця 2.

Показники загального аналізу крові та обміну сироваткового заліза у хворих на ЗДА середнього ступення важкості

| Показники | До лікування | 5-7 день | 29-30 день | Норма |
|---------------------------------|--------------|----------------|---------------|------------------|
| Еритроцити 10*12 г\л | 2,15 + 0,35 | 2,85 + 0,35 | 4,16 + 0,30 | 4,57 + 0,35 |
| Ретикулоцити,% | 1,78 + 0,25 | 6,12 + 0,65 | 8,12 + 0,05 | 3,45 + 0,15 |
| Нб, г\л | 68,53 + 3,25 | 98,15 + 1,55 | 115,55 + 4,35 | 135,55 + 1,35 |
| Кольоровий показник | 0,75 + 0,01 | 0,80 + 0,03 | 0,85 + 0,01 | 0,95 + 0,01 |
| МСН,% | 21,50 + 0,02 | 26,6 + 0,15 | 31,70 + 0,25 | 31,80 + 0,15 |
| МСНС,% | 20,10 + 0,21 | 23,7 + 0,01 | 33,10 + 0,22 | 35,15 + 0,65 |
| Fe сироватки крові, мкмоль\л | 2,8 + 0,05 | Не визначалось | 20,00 + 0,10 | 25,70 + 0,25 |
| ЗЗЗК, мкмоль\л | 77,70 + 0,37 | Не визначалось | 65,5 + 3,10 | 51,50 + 2,10 |

Висновки

Залізодефіцитна анемія — це захворювання системи крові, яке при вірно встановленому діагнозі, призначенні патогенетично обґрунтованої терапії та вчасному проведенні лікування залізовмісними препаратами може бути з успіхом подолане.

Проведене дослідження показало, що залізовмісний препарат «Поліфер» є ефективним пероральним засобом для лікування хворих на ЗДА.

Ліпосомальна технологія виготовлення такого комплексу дозволяє уникнути побічних ефектів, які досить часто відмічаються при прийомі препаратів заліза. Поліфер не токсичний, а отже він може бути рекомендований у всіх випадках дефіциту заліза, в т. ч. для дітей. Оскільки таблетоване чи капсульне залізо, потрапляючи у шлунково-кишковий тракт, піддається дії ферментних систем, шлункового соку, то залізо, яке знаходиться в захисному оточенні ліпосом, не піддається впливу ферментів і зберігає свої властивості.

Завдяки ліпосомальній формі випуску, «Поліфер» відповідає вимогам, що ставляться до залізовмісних препаратів — добре переноситься хворими, не викликає побічних ефектів, і має 100% біодоступність. Зберігає добрі органолептичні властивості, зручний для застосування пацієнтами всіх вікових категорій.

Вживати незалежно від прийому їди (оскільки «Поліфер» не вступає у взаємодію з їжею чи ліками) дітям від 6-ти років та дорослим 1 стік на добу, чим і забезпечується висока комплаєнність «Поліферу». Гранули розводять у воді або висипають у ротову порожнину на язик та повільно розсмоктують. Рідиною запивати не обов'язково.

Використана література:

1. Тихомиров А.Л., Сарсанія С.І., Ночовкіна Є.В. Сучасні принципи лікування залізодефіцитних анемії в гінекологічній практиці // Укр. мед. жур.-2000.- №9. 68-71с.
2. Підсумки роботи галузі «Охорона здоров'я» столиці в 2007 році // Київська міська державна адміністрація. Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення. – К., 2008. – 341 с.
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2003-2004 роки. – ЦМС МОЗ України. – 2005.

4. Гайдукова С. М., Видиборець С. В., Колесник І. В. Залізодефіцитна анемія. — К.: Науковий світ, 2001 — С. 131.
5. Гайдукова С. М. Міжнародний симпозиум "Епідеміологія залізодефіцитних станів, методи їх лікування та профілактики". — Київ, 2003.
6. Левина А. А., Цветаєва Н. В., Колошейнова Т. И. Клинические, биохимические и социальные аспекты железодефицитной анемии// Гематология и трансфузиология. — 2000. — №3. — С. 51-55.
7. Никитин Е. Н., Корепанов А. М. Опыт применения различных железосодержащих препаратов для лечения железодефицитных анемий// Проблемы гематологии и переливания крови. — 2001. — №2. — С. 52-55.
8. Анчева І. А. Сучасні підходи до лікування дисфункції плаценти у хворих на залізодефіцитну анемію / І. А. Анчева, М. Ю. Голубенко // Досягнення біології та медицини. — 2014. — №1 (23). — С. 72–75.
9. Марушко Ю.В., Лісоченко О.О., Московенко О.Д. Сучасний стан проблеми залізодефіцитних станів у дітей // Охорона здоров'я України. — 2007. — №1 (25). — С. 33-37.

Олійник Н.М., Ткачук Н.І.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

ОСОБЛИВОСТІ ФІБРОЗУВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ФОРМУВАННІ ЦИРОЗІВ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ, СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

На сучасному етапі розвитку людського суспільства патологія печінки займає одне з провідних місць серед проблем патології внутрішніх органів.

Особливостями перебігу печінкової патології є висока частота хронізації процесу, зниження якості життя хворих, скорочення його тривалості. На сьогодні цироз печінки (ЦП) посідає 11 місце серед найбільш поширених причин смерті. За матеріалами ВООЗ, щорічно у світі від цієї недуги та її ускладнень помирає понад 1 млн людей. Епідеміологічні дослідження показали, що у країнах Європи понад 29 млн населення страждають на ЦП. Поширеність ЦП в Україні становить близько 1,0%. Частіше страждають чоловіки: співвідношення хворих чоловічої і жіночої статей становить у

середньому 3:1. Хворобу фіксують у всіх вікових групах, але частіше після 40 років.

ЦП – це хронічний дифузний запальний процес, який характеризується розвитком сполучної тканини з порушенням архітекτονіки органу, печінкової недостатності й портальної гіпертензії. При цьому незворотні зміни в печінці та її функціональна недостатність призводять до прогресуючих патологічних змін в усьому організмі з інвалідизацією хворого в соціально активному віці.

У розвитку хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП) доведена етіологічна роль вірусів гепатитів В і С, алкоголю, дії деяких токсичних і медикаментозних засобів, порушення обміну речовин.

Статистичні дослідження відносно ЦП свідчать, про те, що найчастіше зустрічається алкогольний генез печінкової патології. Вперше встановив зв'язок вживання алкоголю з розвитком ЦП М. Baillie в 1977 році, ця причина ЦП залишається основною і сьогодні. За даними вітчизняної літератури, вживання алкоголю в Україні становить близько 15 л на рік, що підкреслює надзвичайну гостроту проблеми алкогольних уражень печінки, враховуючи те, що ВООЗ розцінює як небезпечне вживання близько 8 л алкоголю на рік. Частота алкогольного цирозу печінки (АЦП) серед усіх ЦП, за даними різних авторів і в різних країнах, коливається від 40-50 до 70-80%. Поряд із цим спостерігається тенденція до зниження кількості випадків ЦП вірусної етіології в економічно розвинених країнах, що пов'язують із профілактичними заходами. Так, завдяки вакцинації зменшилася частка HBV-цирозів. Тому в розвинених країнах переважають HCV-цирози над HBV-цирозами; у країнах, що розвиваються – HBV-цирози. Тривалі спостереження за перебігом HBV- і HCV-інфекцій довели, що розвиток ХГ спостерігається в 4 рази частіше при HCV, ніж HBV, але при цьому розвиток ЦП на фоні хронічного вірусного гепатиту В (ХВГ В) зустрічається в 2 рази частіше, ніж при хронічному вірусному гепатиті С (ХВГ С). Для формування вірусного цирозу печінки (ВЦП), асоційованого з HCV, мають значення додаткові фактори, перш за все алкоголь, а також підпечінковий холестаза, тривале застосування гепатотоксичних ліків, недостатність кровообігу II-III ст. Поєднання двох етіологічних

факторів HCV і алкоголю пришвидшує розвиток ЦП і зумовлює більш тяжкий його перебіг, часто призводить до розвитку гепатоцелюлярного раку.

АЦП являє собою завершальну стадію алкогольної хвороби печінки (АХП), яка формується внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації. Виділяють послідовні фази розвитку АХП: стеатоз печінки, гострий і хронічний гепатит, фіброз і ЦП, гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК). ЦП може розвинутися в 8-20% осіб, які зловживають алкоголем, а жировий гепатоз – у 60-65%.

Етиловий спирт відносять до прямих гепатотоксичних отрут, тому що він метаболізується печінкою. Швидкість його розпаду в печінці до кінцевих продуктів – вуглекислоти і води – складає в чоловіків 0,1 г чистого етанолу на 1 кг маси тіла за годину, в жінок – на 10% менше. Здорова доросла людина може метаболізувати за добу до 160 г етанолу. За даними ВООЗ, безпечними дозами етанолу є: для чоловіків – 20-40 г/д, а для жінок – до 20 г/д. Прямої кореляції між кількістю алкоголю й ступенем ураження печінки не виявлено, у деяких випадках навіть невеликі дози алкоголю можуть викликати пошкодження печінки. Для розвитку захворювання має значення ряд факторів: стать (відомо, що в жінок АХП розвивається швидше, а небезпечна доза складає 2/3 від дози чоловіків); спадковість; попередній стан печінки; вік; соціально-побутові фактори; характер харчування.

Метаболізм етанолу в печінці проходить з утворенням токсичного метаболіту – ацетальдегіду (АА). У цьому процесі беруть участь три ензимні системи – алкогольдегідрогеназна, цитохром Р-450-залежна мікросомальна етанолокиснююча, каталазна. АА у 30 разів більш токсичний за етанол. Він негативно впливає на синтез білків у печінці, спричиняючи функціональне пошкодження мітохондрій, мікротрубочок. Внаслідок цього виникає балонна дистрофія гепатоцитів з утворенням тілець Маллорі (“алкогольного гіаліну”). В результаті взаємодії АА з цистеїном і глутатіоном порушується механізм “окиснення-відновлення” глутатіону, основного антитоксичного з’єднання клітин, наслідком чого є накопичення вільних радикалів, що, у свою чергу, потенціює перекисне окислення ліпідів (ПОЛ). Доведено, що ендотоксемія, спричинена хронічним

впливом алкоголю, стимулює гіперпродукцію протизапальних цитокінів клітинами Купфера (КК). Збільшується рівень туморнекротизуючого фактора, ІЛ-1, 6, 8, завдяки чому підтримується запальний процес і стимулюється фіброгенез. Рівень цих цитокінів у сироватці крові корелює з тяжкістю перебігу захворювання. Зміни архітекtonіки печінки порушують мікроциркуляцію в органі, що також сприяє прогресуванню патологічного процесу при АХП.

У 1980 році Ludwig і співавт. описали гістологічні зміни в печінці, подібні за морфологічною картиною до алкогольного стеатогепатиту (АСГ), у пацієнтів, які не вживали алкоголь у токсичних дозах, і ввели в практику термін “неалкогольний стеатогепатит” (НАСГ), що дозволив суттєво зменшити частку “криптогенних” гепатитів. НАСГ входить у поняття “неалкогольна жирова хвороба печінки”, яка являє собою клініко-патологічний синдромокомплекс, що включає гетерогенну групу захворювань печінки, спектр яких сягає від стеатозу печінки (акумуляція триацилгліцеролів у печінці більше 5% її маси), стеатогепатиту (запальна інфільтрація різного ступеня на тлі жирової дистрофії гепатоцитів) та фіброзу до ЦП. Т. Poynard з співавт. наводять дані про те, що саме НАСГ у світовому масштабі займає разом з АСГ перше місце серед причин розвитку фіброзу та ЦП, залишаючи позаду такі поширені цирозогенні захворювання, як ХВГ В та С, автоімунний гепатит, гемохроматоз тощо.

Розрізняють два види НАСГ: первинний та вторинний, що зумовлені ендо- та екзогенними етіологічними чинниками. Первинний НАСГ найчастіше виникає внаслідок порушення ліпідного і вуглеводного (ЦД 2 типу) обміну, ожиріння. Вторинний НАСГ розвивається внаслідок метаболічних порушень, приймання ліків (глюкокортикоїдів, естрогенів, нестероїдних протизапальних засобів, антибіотиків, блокаторів кальцієвих каналів), голодування, парентерального харчування, синдрому мальабсорбції, накладання біліарно-панкреатичної стоми, гастропластики, резекції тонкої кишки, синдрому надлишкового бактеріального росту (дисбіоз товстої кишки, ендотоксинемія), ідіопатичного гемохроматозу, хвороби Вільсона – Коновалова, ліподистрофії. Патогенетичні механізми даного захворювання вивчено недостатньо. Запропоновані теорії розвитку “жирової печінки” ґрунтуються на

порушенні процесів синтезу і секреції тригліцеридів у печінці. Накопичення жиру в гепатоцитах може бути наслідком надмірного надходження вільних жирних кислот (ВЖК) або посиленого їх синтезу в печінці, зниження їх окиснення в мітохондріях та синтезу чи секреції ліпопротеїнів дуже низької щільності. ВЖК є субстратом ПОЛ, що сприяє набуханню мітохондрій, ламкості лізосом, порушенню цілісності клітинних мембран, стимулює колагеноутворення. Значне місце серед причин розвитку НАЖХП та прогресування її до ЦП займає синдром інсулінорезистентності (ІР): ЦД 2 типу, ожиріння. Розповсюдженість НАЖХП на тлі синдрому ІР у світовому масштабі становить 10%, що складає 600 млн людей. НАСГ найчастіше виникає за прогресуючого перебігу ЦД 2 типу (34-88%) та метаболічного синдрому (МС) (20-81% випадків). На відміну від АХП, яка спостерігається переважно в чоловіків, серед хворих на НАЖХП переважають жінки (65-83%). Більшість з них мають надлишкову масу тіла, що на 10-40% перевищує належну, в 25-75% виявляють ЦД 2 типу. Теорія “двох ударів” вважається однією з найбільш прийнятних для пояснення прогресування НАЖХП. Ожиріння і порушення толерантності до глюкози розглядаються як “перший удар” (Н. Мухін, М. Северов, 2004), оксидативний стрес в подальшому призводить до розвитку запалення, некрозу і прогресивного розвитку фіброзу печінки, формування ЦП.

За даними літератури, клінічні особливості АХП і НАЖХП передбачають без- або олігосимптомність, латентний чи м'який перебіг. Клінічні симптоми, характерні для захворювань печінки, у 48-100% хворих відсутні, або спостерігаються незначний дискомфорт, відчуття тяжкості, ниючий біль у верхньому правому квадранті живота, прояви диспепсичного та астеничного синдромів. Усе це призводить до первинної діагностики вже на стадії ЦП.

Концепція МС почала розвиватися з 1988 року, коли G. Reaven висунув гіпотезу, згідно з якою ІР, абдомінальне ожиріння, АГ, атерогенна дисліпідемія, ІХС є проявами окремого патологічного стану, який він запропонував назвати “синдромом Х”. Через рік D. Kaplan навів дані, що свідчили про несприятливий прогноз у пацієнтів з поєднанням ЦД, ожиріння, АГ та ІХС, і назвав його “смертельним квартетом”.

Прояви МС характеризуються вираженим поліморфізмом: абдомінально-вісцеральне ожиріння; ІР та гіперінсулінемія; дисліпідемія; АГ; порушення толерантності до глюкози та ЦД 2 типу; ранній атеросклероз та ІХС; мікроальбумінурія, гіперурикемія та подагра, гіперандрогенія тощо.

В 2005 році Міжнародною федерацією діабету були запропоновані нові критерії діагностики МС, згідно з якими для встановлення діагнозу достатньо трьох факторів ризику, один з яких – абдомінальне ожиріння: абдомінальне ожиріння (для чоловіків – обсяг талії понад 94 см, для жінок – більше 80 см); рівень тригліцеридів – більше 1,7 ммоль/л; ХС ЛПВГ для чоловіків – менше 1,03 ммоль/л, для жінок – менше 1,29 ммоль/л; АТ – вище 130/85 мм рт. ст.; глікемія – більше 5,8 ммоль/л. Отже, МС – це симптомокомплекс взаємопов'язаних порушень вуглеводного і жирового обміну, регуляції артеріального тиску і функції ендотелію, зумовлений зниженням чутливості тканин до інсуліну.

Основними чинниками, які зумовлюють виникнення і прогресування МС, є надмірне харчування та обмежена рухова активність. Зловживання вуглеводами, особливо рафінованими, стимулює вивільнення інсуліну, що на тлі зниженої фізичної активності зменшує транслокацію транспортерів глюкози в м'язи. Підвищене надходження вуглеводів з їжею на тлі зниження енергетичних витрат та можливостей печінки і м'язів депонувати глюкозу у вигляді глікогену зумовлює гіперглікемію та стимулює процеси утворення жиру. Жирова тканина активно впливає на гормональний баланс в організмі. Гормональні зміни сприяють посиленню ІР та порушень метаболізму глюкози й ліпідів.

Розвиток стеатозу печінки є початковою відправною точкою МС. Сама печінка відіграє важливу роль у прогресуванні МС шляхом впливу на ІР. Збільшення частки жиру в печінці зменшує депо глікогену й призводить до гіперглікемії, яка, у свою чергу, зумовлює гіперінсулінемію. Відомо, що метаболізм гормонів та біологічно активних речовин відбувається в печінці. Одне проходження інсуліну через печінку в нормі інактивує до 40% інсуліну. За стеатозу печінки порушується метаболізм гормонів, знижується інактивація інсуліну.

Таким чином запускається одна з головних патогенетичних ланок МС – гіперінсулінемія.

Стеатоз та стеатогепатит порушують процеси жовчоутворення та жовчовиділення, що негативно впливає на екскрецію ліпідів із жовчю. Зниження інтенсивності холатотворення та екскреції компонентів жовчі у жовчовивідні шляхи призводить до дисліпідемії. Гіперглікемія та дисліпідемія – головні біохімічні критерії МС. Вивчаються роль лептину в патогенезі АСГ при МС, зв'язок дисліпідемії з порушеннями процесів ПОЛ.

Таким чином, проблема МС серед населення, висока частота стеатозу печінки та НАСГ, темпи росту, які відповідають швидкості збільшення кількості хворих на ожиріння, ЦД, дисліпідемії, вказують на те, що це одна з актуальних міждисциплінарних проблем.

Посиленням фіброгенезу супроводжується захворювання печінки будь-якої етіології. При гострому патологічному процесі спостерігається минуций фіброз, тому що надмірна кількість сполучної тканини швидко розсмоктується, і відновлюється нормальна структура органу. При хронізації процесу стимулюється фіброзування, що може призводити до незворотного порушення структури і функції печінки, тобто до розвитку ЦП.

За даними експертів ВООЗ, ЦП являє собою процес, що характеризується фіброзом і трансформацією органу в аномальні вузлики внаслідок: безперервного некрозу паренхіматозних клітин, який підтримує хронічне запалення, безперервної регенерації печінкових клітин; незбалансованого фіброгенезу; порушення архітекtonіки печінкової часточки з появою несправжніх часточок у печінці.

Фіброгенез – це універсальний процес, основою якого є розростання позаклітинного матриксу (ПКМ), активація зірчастих клітин (ЗК) печінки (клітин Іто), що розташовані в субендотеліальному просторі Діссе. ЗК – це головне джерело протеїнів, глікозаміногліканів ПКМ та колагеназ. Незмінена печінка містить п'ять типів колагену (I, III, IV, V, VI), що продукуються в однаковій кількості. При фіброзі починає переважати той або інший тип колагену і між ними виникає диспропорція. Структурні глікопротеїни, такі, як ламінін, фібронектин, відомі давно, нещодавно

виявлено нідоген/ентактин, ундулін, тенасцин. Ці речовини обволікають колагенові волокна і тим самим відділяють строму печінки від паренхіми. Протеоглікани є складними макромолекулами ковалентно пов'язаними з поліаніонними сульфатованими вуглецевими полімерами – глікозаміногліканами. Від білкової частини протеогліканів залежать адгезія, міграція, проліферація і дозрівання клітин, що входять у контакт із ПКМ. Розрізняють такі глікозаміноглікани: гепарансульфат, дерматансульфат, хондроїтин-4,6-сульфат.

При пошкодженні печінки активація ЗК відбувається внаслідок впливу клітин-учасниць запалення: активних форм кисню (АФК), альдегідів, інсуліноподібного фактора росту-1, що секретуються пошкодженими гепатоцитами; тромбоцитарного фактора росту, фактора росту фібробластів, трансформуючого фактора росту (TGF β), ФНП- α , ІЛ-1, АФК, які продукують КК/моноцити; тромбоцитарного фактора росту, фактора росту фібробластів, АФК, оксиду азоту, ендотеліну-1, які продукують клітини ендотелію синусоїдів; ФНП- α , інтерферону- γ , які секретуються Т-лімфоцитами; тромбоцитарного фактора росту, фактора росту фібробластів, що секретуються тромбоцитами. Початкові етапи активації ЗК супроводжуються появою рецепторів ростових факторів на поверхні ЗК, активною проліферацією, здатністю до скорочення, зникненням запасів вітаміну А (функція неактивованих ЗК печінки – накопичення вітаміну А), продукуванням компонентів ПКМ, в основному колагену I типу, меншою мірою – колагенів III і IV типів. У процесі фіброгенезу в просторі Діссе накопичуються колагени I, III та IV типів, сульфатовані протеоглікани та глікопротеїни, що призводить до зменшення його просвіту, потовщення та ущільнення базальної мембрани (явище “капіляризації” синусоїда).

За останні роки встановлено деякі молекулярні механізми фіброзу при ХВГ В, С, особливості його клінічного розвитку у хворих на алкогольний, автоімунний, вірусний гепатити, первинний біліарний цироз печінки, розроблено методи гістологічної діагностики та деякі принципи терапії.

Запалення печінки та фіброгенез є універсальними, взаємопов'язаними процесами. Вірусне та токсичне пошкодження

гепатоцитів супроводжується розвитком запальної реакції, змінами в імунному статусі з метою видалення уражених клітин та вивільненням низки речовин, здатних активувати ЗК, посилювати синтез ПКМ. Доведено значення посилення процесів ПОЛ. Крім цього, для фіброгенезу необхідно, щоб затримувався розпад новоутвореного ПКМ. Рівновага між процесами синтезу та руйнування компонентів ПКМ досягається за допомогою колагеназ (матриксних металопротеїназ) та шляхом стимулювання механізмів апоптозу ЗК.

Металопротеїнази матриксу (МПМ) – це група ендопептидаз, яка секретується КК, макрофагами інфільтрату, клітинами Іто (фібробластами). Виділяються з клітин у неактивній формі, активізуються при нейтральному рН і залежать від Ca^{2+} . Розрізняють три типи МПМ зі специфічною активністю, що функціонують у печінковій тканині: інтерстиціальні колагенази (руйнують колагени I і III типів); желатинази (руйнують колагени IV і V типів, фібронектин, еластин і денатуровані колагени); стромелізини (руйнують фібронектин, ламінін, колагени III, IV, V типів, пептиди проколагену). Активність МПМ пригнічується специфічними тканинними інгібіторами металопротеїназ (ТІМП). ТІМП виробляють різноманітні клітини, у тому числі й клітини Іто. Отже, розростання ПКМ залежить від співвідношення між ферментами, що руйнують ПКМ та інгібіторами цих ферментів.

При гострих ураженнях печінки існує певна рівновага між синтезом і розпадом компонентів ПКМ. При хронічному процесі спостерігається перевага процесів синтезу ПКМ над його розпадом, що і призводить до надмірної активації процесів фіброзування. Таким чином, посилений печінковий фіброгенез характеризується підвищенням продукуванням колагену, зниженням секреції МПМ та збільшенням концентрації ТІМП.

Характер формування фіброзу залежить від пошкоджуючого агента. Дослідження останніх років довели, що при ХВГ С прогресуючий фіброз переважає над запальними явищами, характерна невисока активність патологічного процесу при досить високому ступені фіброзу. Морфологічним субстратом запалення та фіброзу є інфільтрація печінкової тканини поліморфноядерними лейкоцитами.

Вірус ХВГ С, безупинно реплікуючись, підтримує слабку, але постійну запальну активність, рівень якої зростає в процесі захворювання. Це призводить до прогресування клінічно непомітного фіброзу і формування ЦП. При природному перебігу ХВГ С через 10 років у 24% хворих розвинувся цироз печінки, у 0,7-1,3% виникла ГЦК.

При ХВГ В домінують запально-некротичні ураження паренхіми печінки. Ступінь запальних змін, як правило, пропорційний ступеню фіброзу, а найбільшу морфологічну активність процесу виявляють на початковій стадії захворювання. Розвиток ФП у даному випадку зумовлений пара- та автокринним стимулюванням ЗК прозапальними цитокінами лімфоцитарного та нейтрофільного походження. Провідним механізмом загибелі гепатоцитів при ХВГ В є апоптоз, а активність цитолізу корелює з інтенсивністю фіброзоутворення та залежить від генотипу HBV. Апоптоз визначає форму запрограмованої і регульованої смерті клітини, що супроводжується характерними морфологічними і біохімічними ознаками. Клітини, які піддаються такій запрограмованій смерті, активно реалізують генетично контрольовану програму, спрямовану на власну загибель. Апоптозу зазнають клітини, інфіковані вірусами гепатиту, тим самим забезпечується профілактика їх реплікації. При активізації апоптозу різноманітними патологічними процесами відбуваються загибель клітин і деструкція тканини. Пригнічення апоптозу – причина гіперплазії тканини печінки без помітного посилення проліферації. Морфологічними проявами апоптозу в печінці є тільця Коунсільмена і східчасті некрози. Східчасті некрози в тканині печінки розглядають як діагностичну ознаку активності ХВГ і як критерій прогнозу хвороби.

За загальними даними різних авторів, виживання хворих на ХВГ В без лікування при неактивному процесі через 10 років дорівнює 89% (у 11% осіб настає летальний кінець), при активному процесі – 75% (у 25% настає летальний кінець).

Спільним в еволюції ФП при вірусних гепатитах В, С і первинному біліарному ЦП є те, що первинно виникає портальний гепатит, який призводить до фіброзу портальних трактів і “капіляризації” синусоїдів, потім ФП розповсюджується до

центральної печінкової вени і сусідніх порталних трактів з утворенням портопортальних і портоцентральных септ.

При АХП формування ЦП може проходити шляхом прогресування фіброзу при відсутності вираженого запалення. Механізми етаноліндукованого фіброгенезу остаточно не розкриті, хоча встановлено, що важливою ланкою цього процесу є активація цитокінів, серед яких основну роль відіграє TGF β . Під його впливом відбувається трансформація клітин Іто у фібробласти з продукуванням в основному, колагену III типу.

При АСГ стимулювання алкогольдегідрогеназних шляхів призводить до індукції цитохрому P-450, який метаболізує алкоголь і сприяє генерації АФК. Утворення АФК у багатому на жири середовищі індукує процеси ПОЛ. Активація ПОЛ є другим стимулятором колагеноутворення. Оксидативний стрес і ПОЛ викликають пошкодження плазматичних мембран, органел, мітохондріальної ДНК та білків, зв'язаних із дихальним ланцюгом. Кінцеві продукти ПОЛ активують синтез NO, що призводить до утворення пероксинітриду. ВЖК стимулюють експресію мікросомальних оксидаз, відповідальних за продукування гідроксиетилових радикалів.

На стадії цирозу як сильний стимулятор синтезу цитокінів приєднується бактеріальний ендотоксин, який у значній кількості з'являється в системній циркуляції завдяки підвищеній проникності кишкової стінки. Під впливом АА і цитокінів ЗК втрачають запаси вітаміну А, змінюють свою структуру і починають синтезувати фіброзну тканину.

Фіброгенез при НАЖХП, за даними літератури, нагадує цей процес при АХП. Проводили вивчення ролі лептину, оксидативного стресу взаємозв'язку між вказаними ланками патогенезу.

Вивчали значення фактора росту фібробластів у формуванні ЦП. Важливу роль у регулюванні активації та переміщення ЗК відіграють аутокринні цитокіни. Водночас були ідентифіковані протизапальні цитокіни, що синтезуються ЗК, зокрема, ІЛ-10. Розлади експресії ІЛ-10 відбуваються на ранній стадії активації ЗК.

Існує два варіанти деградації матриксу в печінці: перший – патологічна деградація ПКМ, яка є потужним фактором агресії,

руйнує матрикс низької щільності (нормальної печінки) і, таким чином, сприяє прогресуванню захворювань печінки; другий – відновлююча деградація, а саме резорбція утвореної надлишково сполучної тканини (СТ), яка допомагає відновити архітектоніку пошкодженої печінки до нормального стану. Для зворотного розвитку ФП необхідно викликати деградацію другого типу і зруйнувати надлишковий ПКМ. Деградацію матриксу здійснює велика група МПМ. МПМ активуються продуктами протеолізу, а гальмуються за допомогою зв'язування зі специфічними ТІМП. Активність колагенази відображає відносну загальну активність усіх активованих МПМ та їх інгібіторів. Установлено, що головною причиною прогресування ФП до цирозу є розлади регуляції резорбції накопиченого “рубцеподібного матриксу”. МПМ-1 – головна протеаза, яка здатна розщепити колаген І типу (головний тип колагену, представлений у фібротично зміненій печінці). Досі не встановлено, які клітини синтезують цей важливий ензим у печінці. Прогресуючий ФП пов'язаний зі зростанням рівнів ТІМП-1 та ТІМП-2, що призводить до системного зменшення активності протеаз і, таким чином, сприяє накопиченню матриксу. Головним джерелом цих інгібіторів у печінці є ЗК. У ході досліджень клітинних та молекулярних механізмів, які лежать в основі природної резорбції ФП, було встановлено, що активована ЗК підлягає апоптозу.

Важливу роль у формуванні патологічних змін в організмі людини відіграють порушення в системі ПОЛ, дисбаланс ПОЛ-АОЗ. Одними з причин прогресування хронічного запалення в печінці, формування фіброзних, а пізніше і циротичних змін є надмірне продукування вільних радикалів та розвиток дисбалансу в системі ПОЛ-АОЗ, що сприяють проліферації сполучної тканини із заміщенням нею функціонально активної паренхіми печінки. Клінічно це проявляється розвитком цитолітичного, мезенхімально-запального, жовтяничного та набряково-асцитичного синдромів. Значні зміни у процесі ПОЛ, порушення АОЗ характерні для хронічної печінкової патології як алкогольного генезу, так і при НАЖХП, вірусній етіології.

Для діагностики стадії ФП традиційно використовують прижиттєву біопсію печінки з подальшим гістологічним

дослідженням із використанням барвників (за Ван-Гізеном, з імпрегнацією ретикулінових волокон сріблом, пікрофуксином червоним і трихромом Массона). На сьогодні розроблено низку імуногістохімічних методів детекції СТ в печінковій тканині. Для кількісної оцінки стадії ФП запропоновано кілька систем підрахунку, основні з них – ISHAK і METAVIR. За шкалою ISHAK виділяють 6 стадій фіброзу: F0 – фіброз відсутній; F1 – фіброз декількох портальних трактів; F2 – фіброз більшості портальних трактів; F3 – поодинокі септи; F4 – багато септ; F5 – з порушенням будови печінки, але не цироз; F6 – цироз. За системою підрахунку балів METAVIR розрізняють 5 стадій ФП: F0 – фіброз відсутній; F1 – портальний фіброз без септ; F2 – портальний фіброз із поодинокими септами; F3 – багато септ без формування фіброзу; F4 – цироз. Для ХВГ С запропоновано спосіб оцінки прогресування ФП за рік, який ґрунтується на методі кількісної оцінки фіброзу за METAVIR і визначається за формулою: прогресування ФП за рік = стадія фіброзу в одиницях (за METAVIR (0-4)) / тривалість інфекції (у роках).

Найбільш якісним методом аналізу біоптатів є комп'ютерна морфометрія після обробки тканини барвниками. Але, на думку багатьох гепатологів, дані методи можуть давати неправдиві результати про характер змін у печінці внаслідок “помилки потрапляння”: проходження біопсійної голки крізь ділянки, що не відображають загальну морфологічну картину печінки (варіабельність зразка від 15-65% від справжнього стану); малі розміри біоптату. Інший лімітуючий фактор методу – можливість розвитку ускладнень. Тим більше, що при ЦП вивчення біоптатів не завжди дозволяє оцінити успіхи лікування. Тому великого значення надають пошукам неінвазивних методів оцінки фіброзу печінкової тканини. Вони дають змогу визначити тенденцію фіброзу до стабілізації, інволюції чи прогресування. Для цього пропонується виявлення в крові нових маркерів запалення, колагенолітичної активності плазми крові. До них належать адгезивні продукти ендотелію з класу E-селектинів (ICAM-1, VCAM-1), що детермінують запальну інфільтрацію в печінці; IL-8 й інші цитокіни, що підключають нейтрофіли з деструкції в зоні запалення; структурні глікопротеїни – гіалуронат і ламінін, наявність яких свідчить про деструкцію ПКМ і активність фіброгенезу. М. Пінцані

наводить сироваткові маркери фіброзу 4-х груп: 1) ензими, які беруть участь в синтезі ПКМ (лізил-, пролілгідрооксилаза); 2) молекули ПКМ – гіалуронова кислота, колаген IV типу, ламінін; 3) попередники зрілих форм колагену (амінотермінальний пропептид III проколагену, карбокситермінальний пропептид колагену I типу, пропептид колагену IV типу); 4) ензими, що беруть участь у регуляції деградації ПКМ (МПП-2, ТІМП-1, ТІМП-2). Окремі дослідники для встановлення стадії фіброзу використовують показники білковосинтезуючої функції печінки, маркери активності запального процесу. Інші сучасні дослідження з метою кількісної оцінки вмісту продуктів деградації ПКМ, факторів та ензимів, які регулюють їх продукування або модифікацію, включають такі маркери: глікопротеїни та антитіла до гіалуронової, ламінінової або ундулінової кислоти (колаген IV типу); пропептиди, які утворюються внаслідок розщеплення молекул ПКМ (пропептиди колагенів I, III і IV типів); С-реактивний протеїн, ферменти, що регулюють синтез молекул ПКМ (лізілоксидаза, пролілгідрооксилаза та лізилгідрооксилаза). Проведена оцінка наявності кореляційної взаємозалежності між десятьма сироватковими маркерами ФП та його гістологічною стадією у хворих на ХВГ С шляхом визначення вмісту в крові колагенів IV, VI і XIV типів, амінотермінального пропептиду III проколагену, ламініну, тенасцину, гіалуронової кислоти, активності МПП-2 та ТІМП-1. Згідно з отриманими результатами, ступінь ФП корелював із вмістом колагену IV типу, амінотермінального пропептиду III проколагену, гіалуронової кислоти і ТІМП-1. Запропоновано використання дискримінантної розрахункової шкали для визначення стадії ФП шляхом комплексної оцінки в балах 3-х показників: кількості тромбоцитів у периферичній крові, протромбінового часу у вигляді Міжнародного нормалізованого співвідношення та співвідношення активності АЛТ/АСТ. Діапазон оцінки складав 0-11 балів, специфічність – 98%, чутливість – 46%. Крім зазначених параметрів, використовували вік хворого, активність γ -глобулінів та вміст альбумінів у сироватці крові.

О.Я. Бабак запропонував використовувати рівень вмісту в крові простагландинів, фібронектину, паракалікреїну та калікреїну, гліцину, проліну та оксипроліну як маркерів інтенсивності мезенхімально-

запальних реакцій при ХГ різної етіології. В.А. Ігнатов вивчав маркери ана- та катаболізму колагену (вільного та білковозв'язаного оксипроліну), а також вміст у крові прозапальних цитокінів. О.С. Хухліна у своїх дослідженнях доводить, що клініко-біохімічна комбінація – ІМТ, індекс ІР, НОМА ІР, вміст тригліцеридів, NO сироватки крові та активність АЛТ – має 100% прогностичне значення щодо прогресування ФП. Н.Д. Ющук із співавт. довів діагностичну цінність визначення рівня колагену ІV типу і гіалуронової кислоти для встановлення стадії ФП. Розробка неінвазивних методів діагностики фіброзу печінкової тканини в основному стосувалася ХГ, частіше вірусної етіології.

Сучасні методики лікування хронічної печінкової патології спрямовані на зниження активності фіброзувальних процесів у печінковій тканині. Тому пошук ефективних антифібротичних засобів є актуальною проблемою сучасної гепатології.

Антифібротична терапія повинна діяти на різні патогенетичні ланки фіброгенезу, а саме: виключати дію причинного фактору; зменшувати запалення в печінці та впливати на імунні механізми запалення; забезпечувати антиоксидантний захист мембран тканини печінки; пригнічувати активацію ЗК печінки; знижувати профіброгенний потенціал активованих ЗК печінки.

З метою створення нових схем лікування вивчають антифібротичну активність гепатопротекторних препаратів, протизапальних, імуносупресивних та інших засобів, а також розробляють нові препарати, здатні діяти на раніше не відомі механізми фіброзу. Важливе місце в лікуванні патології печінки займають гепатопротектори, механізм дії яких спрямований на нормалізацію функціональної активності печінки, потенціювання репаративно-регенеративних процесів, відновлення гомеостазу і підвищення стійкості печінки до дії патогенних факторів. Основними вимогами до сучасних гепатопротекторів є: достатньо повна абсорбція; наявність ефекту першого проходження через печінку; можливість зменшувати виражене запалення, пригнічувати фіброгенез, стимулювати регенерацію печінки, екстенсивну ентерогепатичну циркуляцію; відсутність токсичності. Але ще не створено гепатопротектора, який відповідав би всім цим вимогам.

Найчастіше при ЦП використовують рослинні гепатопротектори – до 54%. Серед них найбільшого значення надають препаратам на основі розторопші плямистої, яка містить речовини біофлавоноїдної природи. Найактивнішим є силімарин. Механізм дії даного препарату зумовлений мембраностабілізуювальним, антиоксидантним і метаболічним ефектами (стимулює синтез білка, необхідного для репаративних процесів у печінці, нормалізує обмін жирів, кінцевим результатом якого є зменшення стеатозу печінки і відновлення ліпідного спектра крові). В останні роки ряд дослідників виявили у силімарину антифібротичну активність.

Широко застосовують у лікуванні хворих на ХДЗП і жовчного міхура препарати на основі іншого рослинного гепатопротектора – артишоку. Діючі речовини, що входять до його складу, проявляють цитопротекторний, протиоксидантний, адаптогенний, дезінтоксикаційний (знижує вміст азотистих шлаків у крові), жовчогінний та помірний сечогінний ефекти. Терапевтичний ефект препарату відмічають у хворих на хронічний гепатит різної етіології з мінімальним чи помірним ступенем активності. Може бути рекомендований для призначення у вигляді тривалих курсів.

Проте можливості використання фітопрепаратів при ЦП різної етіології обмежуються деякими побічними ефектами, такими, як алергічні реакції, посилення наявного холестазу. В літературі зустрічаються повідомлення про гальмування мікросомальної системи детоксикації гепатоцита препаратами з протиоксидантними властивостями рослинного походження, що є недопустимим за умов пошкодження печінки.

Фосфоліпідні й ліпосомальні препарати сприяють відновленню мембран гепатоцитів, зниженню концентрації вільних радикалів, активації антиоксидантної системи в крові, нормалізують метаболізм ліпідів, покращують детоксикаційну функцію печінки, модулюють ензимну відповідь. Основними діючими речовинами фосфоліпідних препаратів є есенціальні фосфоліпіди (субстанція ЕФЛ). Головними компонентами ЕФЛ є поліненасичені жирні кислоти – лінолева, ліноленова, олеїнова, а також фосфатидилхолін. Під впливом фосфоліпідів у хворих на хронічні токсичні й вірусні гепатити

відзначали поліпшення детоксикаційної функції печінки, підвищення резистентності гепатоцитів і активацію системи АОЗ.

Противірусну терапію доцільно призначати хворим на компенсований ЦП класу А за Ч. Г. Чайлд – Р. Н. П'ю. «Золотим стандартом» лікування хронічного вірусного гепатиту С сьогодні є комбінація пегільованих інтерферонів із рибавірином упродовж 48 тижнів. Якщо неможливо застосовувати пегільований інтерферон, призначають лікарські засоби $\alpha 2$ -інтерферону. До схеми лікування хронічного вірусного гепатиту В включають поєднання інтерферону з ламівудином. Доведено, що α -інтерферон при ХВГ запобігає прогресуванню фіброзу, розвитку ЦП і ГЦК. Проте використання α -інтерферону при ВЦП обмежено внаслідок наявності печінковоклітинної недостатності (ПКН), його застосовують переважно при компенсованих ЦП. Антифібротичним ефектом також володіє синтетичний аналог нуклеозидів – ламівудин: цироз сформувався протягом 1 року в 1,8% пацієнтів, які одержували ламівудин, у 9% пацієнтів із контрольної групи, які отримували α -інтерферон, та у 7,1% пацієнтів з 578 хворих на ХВГ В, яким давали плацебо. Вивчали активність індукторів інтерферону й амізолу як гепатопротекторів.

Оскільки розлади білковосинтетичної функції печінки багато в чому визначають тяжкість перебігу ХДЗП, особливо ЦП, велике значення мають препарати, які містять амінокислоти. Зокрема, аргінін займає одне із центральних місць у біосинтезі білків, амінокислот та їх похідних. Його дефіцит супроводжується гіперамоніємією і посиленням виведенням оротової кислоти. Введення аргініну є доцільним для відновлення білкового балансу, а також посилення утворення сечовини з метою детоксикації аміаку.

При хронічних алкогольних ураженнях печінки, хронічному медикаментозному та вірусному гепатитах, особливо за наявності синдрому холестазу (ХС), енцефалопатії, доцільне використання препаратів донаторів тіолових з'єднань (адеметіонін). Препарат має антиоксидантну, детоксикаційну, регенеруючу та нейропротекторну дію. Адеметіонін – це фізіологічний субстрат багатьох біологічних реакцій, ендогенно синтезований з метіоніну й аденозину.

У терапії ХС використовують препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Впливаючи на основні патогенетичні ланки розвитку

запально-дистрофічних змін у печінці шляхом інтеграції діючої речовини у фосфоліпідний шар мембрани гепатоцита, модуляції імуноопосередкованих процесів, антиоксидантної дії, врівноваження процесів запрограмованої загибелі гепатоцитів і холангіоцитів, УДХК попереджує прогресування захворювання в цілому і ХС зокрема.

Для дезінтоксикаційної терапії при ЦП найчастіше застосовують неогемодез, 5% розчин глюкози, 0,9% розчин натрію хлориду, 5% розчин альбуміну, реосорбілакт. Широкого використання в комплексному лікуванні ЦП набули еферентні методи екстракорпоральної детоксикації: дискретний плазмаферез, плазмасорбція, лімфосорбція, гемосорбція, які, крім дезінтоксикації, мають потужний імуномодулюючий ефект (елімінація ендо-та екзотоксинів, циркулюючих імунних комплексів (ЦК) із кровообігу, відновлення чутливості рецепторів, створення сприятливого фону для реалізації ефектів базисного лікування).

З метою корекції ендотоксинемії, внаслідок дисбіозу, доцільне використання лактулози, антибіотиків, активних відносно грамнегативної флори (поліміксин, неоміцин), метронідазолу, пробіотиків та ентеросорбентів. Лактулоза чинить непрямий антиоксидантний вплив. Додаткове включення лактулози в комплекс терапевтичних заходів при ЦП сприяє нормалізації детоксикаційної функції печінки, резистентності гепатоцитів і стану АОЗ.

Для зменшення запального і цитолітичного синдромів як патогенетична терапія хворим на ЦП показані глюкокортикоїди та імунодепресанти. Глюкокортикоїди пригнічують імунопатологічні реакції, знижують утворення ЦК, проявляють виражену протизапальну дію, зменшують вираження цитолізу та мезенхімального запалення, гальмують процеси фіброзоутворення в печінці. Показаннями до призначення преднізолону при АСГ є високий ступінь активності та фульмінантний перебіг із наявністю автоімунного компонента, виявленням при гістологічному дослідженні біоптатів мостоподібних або мультилобулярних некрозів гепатоцитів. Застосування преднізолону при декомпенсованому ЦП протипоказане.

За умов високої активності цитолітичного та мезенхімально-запального синдромів, які при НАЖХП зустрічаються дуже рідко, гепатологи рекомендують призначати цитостатики, які здатні пригнічувати імунopatологічний процес, утворення імуноглобулінів і, таким чином, реалізують протизапальний ефект, але внаслідок його побічної дії на процеси кровотворення, вираженої токсичності на організм в цілому використання препарату дуже обмежене.

Щоб запобігти некрозу гепатоцитів, застосовують антиоксиданти (вітамін Е, унітіол), під впливом яких у печінці накопичується глутатіон, що входить до складу глутатіонпероксидази, яка руйнує АФК. Антифібротичний ефект встановлений при тривалому використанні вітаміну Е (альфа-токоферолу) з протіоксидантними властивостями за умов токсичного стеатогепатиту і НАСГ. Важливого значення в терапії ХДЗП традиційно надають препаратам з антиоксидантними властивостями.

Новим напрямком у гепатології є розробка способів застосування стовбурових клітин, молекулярної генетики, але ці питання ще вимагають подальшого вивчення.

Заслуговує на увагу використання АЛК, яка є важливим компонентом системи АОЗ організму. Як кофермент комплексу мітохондрій АЛК бере активну участь в окиснювальному декарбоксилюванні пірвіноградної, альфа-кетоглутарової та інших кетокислот, сприятливо впливає на функціональний стан печінки. Завдяки експериментальним дослідженням було отримано дані, які свідчать про те, що АЛК за умов активації ФНП- α попереджує пошкодження мітохондрій, активацію протеаз, вивільнення цитохрому С, а отже, загибель клітин.

Властивість АЛК за рахунок активних тіолових груп знешкоджувати екзогенні токсини поширюється на етанол, гепато- і нейротоксична дії якого реалізуються через метаболіт – АА, на прискорення утилізації аміаку в циклі сечовини, що особливо важливо у хворих з алкогольним генезом хвороби. Ця властивість АЛК знайшла застосування в інтенсивній терапії при отруєнні алкоголем та його сурогатами. АЛК пригнічує глюконеогенез, кетогенез, активує процеси утилізації глюкози, зменшує ІР, має

позитивний ліпотропний ефект, що забезпечує її перспективність і при наявності МС.

Застосування ростових цитокінів може виявитися ефективним методом профілактики ЦП і його лікування. При фіброзі печінки ЗК мають підвищену чутливість до ростових цитокінів. Поряд із тим ця чутливість зменшується під впливом факторів, які посилюють регенерацію гепатоцитів. Призначення цитокінів при ХВГ є профілактикою прогресування фіброзу, розвитку ЦП і ГЦК.

Сучасні методики з метою пригнічення ФП пропонують використання рекомбінантних колонійстимулювальних факторів, оскільки прогресуюче формування ЦП супроводжується депресією кісткового мозку.

Перспективним напрямком лікування захворювань печінки з розвитком дифузного фіброзу та ПКН є введення суспензії ембріональних стовбурових клітин у системний кровообіг, які набувають фенотипових властивостей макроорганізму і дають початок новій генерації здорових гепатоцитів хворого на ЦП.

Список літератури:

1. Аналіз показників фіброзування печінки у хворих на субкомпенсований цироз / О. Є. Самогальська, Т. Б. Лазарчук, Н.М. Олійник, І.В. Мерецька // Вісник наукових досліджень. – 2012. – №2 (67). – С. 29 – 31.
2. Бабак О.Я. Алкогольная болезнь печени: научные достижения и клинические перспективы / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – №6 (32). – С. 4-9.
3. Звенигородская Л.А. Поражение печени при инсулинорезистентности / Л.А. Звенигородская, Е.Г. Егорова // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2007. – №1. – С. 14-19.
4. Олійник Н.М. Роль метаболічного синдрому при прогресуванні печінкової патології/ Н.М. Олійник // Вісник наукових досліджень. – 2013. – №1(70). – С. –18-20.
5. Федорченко С. В. Хроническая HCV-инфекция: монография / Федорченко С.В. – К. : Медицина, 2010. – С. 272.
6. Харченко НВ, Бабака ОЯ, редактори. Гастроентерологія. К.: Друкар; 2007. 720 с. (Kharchenko N, Babak O, editors. Gastroenterology. Kyiv: Drukar; 2007. 720 p.). (Ukrainian)
7. Яковенко А.В. Цирроз печени: вопросы терапии /А.В. Яковенко, Э.П. Яковенко // Consilium medicum. – 2008. – т. 2, №7 – С. 8-13.
8. α-Липоевая кислота в гастроэнтерологии: опыт применения при алкогольных и неалкогольных заболеваниях печени // Здоров'я України. – 2008. – №6/1. – С. 26-27.

9. Allegretti AS, Israelsen M, Krag A, Jovani M, Goldin AH, Schulman AR et al. Terlipressin versus placebo or no intervention for people with cirrhosis and hepatorenal syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD005162.
10. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of Liver Diseases in the World. *J Hepatol.* 2019;70(1):151-171.
11. Baiges A, Hernández-Gea V, Bosch J. Pharmacologic Prevention of Variceal Bleeding and Rebleeding. *Hepatol Int.* 2018;12(Suppl 1):68-80.
12. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence / K. Hanafiah, J. Groeger, A. D. Flaxman, S. T. Wiersma. // *Mohd. Hepatology.* – 2013. – V.57. – p. 1333–1342.
13. Grgurevic I. Non-invasive diagnosis of portal hypertension in cirrhosis using ultrasound based elastography / I. Grgurevic, T. Bokun, T. Bozin [et al.] // *Med. Ultrason.* – 2017. – Vol. 19. — P. 310-317.
14. Fernández J, Acevedo J. New antibiotic strategies in patients with cirrhosis and bacterial infection. *Exp Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;9(12):1495-1500.

Бабінець Л.С., Сасик Г.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ЗАСТОСУВАННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО ГЕПАТОТРОПНОГО ЗАСОБУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТ

Вступ. За статистикою ВООЗ, коло 30% дорослого населення Землі страждає на ті чи інші захворювання печінки. Відомо, що 29 млн європейців страждають на захворювання печінки, які займають 5 місце серед основних причин смерті. Понад 10 млн європейців інфіковані вірусами гепатиту, 8 млн - вірусом гепатиту С (HCV), а у світі 350 млн – HCV- і 170 млн - HBV-інфікованих [1, 4]. В Україні за останні 10 років поширеність хронічних захворювань печінки збільшилася у 2,5 рази. Показники поширеності захворювань жовчовивідних шляхів (ЖВШ) коливаються від 26,6 до 45,5 випадків на 100 тис. населення [6]. Близько третини населення усієї планети страждає на біліарну патологію. Патологія біліарної системи характеризується широкою розповсюдженістю, різноманітністю клінічних проявів, розвитком ускладнень. За різними даними світової

наукової літератури, в 35-60% випадків патологія ЖВШ визнана фактором, що призводить до виникнення хронічного панкреатиту (ХП) [3]. Тому своєчасна кваліфікована діагностика, раціональне лікування та профілактика захворювань гепатобіліарної зони мають велике значення і можуть запобігти розвитку низки ускладнень.

Продовжується зростання числа хворих з ожирінням і цукровим діабетом, які є основною причиною розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) [1, 8]. При ожирінні спостерігаються дисгормональні розлади з утворенням надмірної кількості гормонів, які мають прозапальні властивості та зниження кількості гормонів, що мають протизапальні властивості. Це супроводжується підтриманням та наростанням хронічного запального процесу в печінці і підшлунковій залозі (ПЗ), також підвищується ризик виникнення ускладнень. Ожиріння знижує зовнішньосекреторну функцію ПЗ внаслідок жирового переродження ацинарних клітин, призводить до атеросклерозу судин з наступним погіршенням трофіки ПЗ [1, 5]. При ожирінні спостерігається підвищений синтез та екскреція холестерину з жовчю, що супроводжується підвищенням її літогенності з утворенням біліарного сладжу та конкрементів [11].

НАЖХП являє собою клініко-патологічний синдромокомплекс, що включає гетерогенну групу захворювань печінки, спектр яких сягає від стеатозу печінки (акумуляція тригліцеридів у печінці понад 5% її маси), до стеатогепатиту (НАСГ) (запальна інфільтрація різного ступеня на тлі жирової дистрофії гепатоцитів), а пізніше - розвитку фіброзу і цирозу печінки (ЦП)[8, 11]. За генезом захворювання цієї групи можуть бути первинні (ожиріння; цукровий діабет 2 типу або порушення толерантності до глюкози; гіперліпідемія, метаболічний синдром) і вторинні (медикаменти (аміодарон, ніфедіпін, ділтіазем, тамоксіфен, естрогени, метотрексат, глюкокортикостероїди); с-м мальабсорбції; швидка втрата ваги; тривале парентеральне харчування, гіпертригліцеридемія, дивертикули тонкого кишечника з дисбактеріозом). Тривалість НАЖХП протягом 10 років призводить до розвитку ЦП у 10% пацієнтів [12].

Хворі з НАЖХП часто зловживають алкоголем, але не завжди лікар може офіційно констатувати алкогольну етіологію хвороб печінки, найчастіше ж етіологія буває змішаною [9]. Для достовірного

виявлення впливу алкогольного фактора на формування НАЖХП і ХП виявляють прихований потяг до алкоголю, використовуючи анкету CAGE [10]: а) Чи відчували Ви коли-небудь необхідність скоротити вживання спиртних напоїв? б) Чи дратує Вас, коли інші критикують Ваше зловживання спиртними напоями? в) Чи маєте Ви почуття провини після прийому алкоголю? г) Чи важко Вам прокинутися наступного дня після прийому алкоголю? Кожна позитивна відповідь оцінюється як один бал. Два і більше набраних бали вказують на прихований потяг до алкоголю. Визначення прихованого потягу до алкоголю є надзвичайно важливим, оскільки це дозволяє персоніфікувати підходи до лікування. Пацієнти ж часто приховують від лікарів зловживання алкоголем, і у них діагностують патологію внутрішніх органів неалкогольної етіології. Є встановленим факт, що єе менше 40-50% всіх гепатитів, у тому числі й НАСГ, ХП й інших органних уражень у хворих на лікуванні в терапевтичних і гастроентерологічних відділеннях мають алкогольну етіологію.

Комплексне лікування як при НАЖХП, так і при алкогольній хворобі печінки, за Європейськими рекомендаціями гастроентерологів 2014 р., повинно включати нормотрофну дієту (1200 ккал-до 600 ккал/добу, з них – білок-45-100 г/добу, вуглеводи – до 100 г/добу, жири – до 10 г/добу); зменшення маси тіла – не швидко, але і не повільно - на 10% за 3 місяці для пацієнтів з надмірною масою тіла понад 30% (в загальному допустимо – 10-30 кг); препарати, що підвищують інсуліночутливість (глітазони: піоглітазон (30 мг/добу), розіглітазон, троглітазон); контроль рівня глюкози – метформін (1500 мг/добу); за необхідності Клофібрат – 2 г/добу – 1 рік, Аторвастатин чи Правастатин - по 10 мг + урсодезоксихолева кислота (УДХК) – 10 мг/кг - на ніч, Пентоксифілін – 500 мг /добу, Бетаїн – 20 г/добу, Токоферол (вітамін Е), Адеметіонін (гептрал та інші) – 400 мг/добу, Метронідазол – 500 мг тричі на добу – 7 днів – при дисбактеріозі. Важливо також виключити куріння, яке збільшує ризик фіброзу, а також вживання алкогольних напоїв [10, 11].

Як відомо, лікування захворювань печінки є достатньо складним не тільки для лікаря, але й для пацієнта, оскільки потребує від

хворого ретельного самоконтролю та зміни способу життя. На сьогодні перед практичним лікарем стоїть складне питання щодо вибору ефективної комбінації препаратів при лікуванні НАСГ для кожного пацієнта індивідуально у зв'язку з наявністю великої кількості лікарських засобів на сучасному фармацевтичному ринку. Адже вибір оптимальних лікувальних схем для даної категорії хворих дозволить скоротити тривалість лікування, кількість госпіталізацій, попередить виникнення ускладнень та значно покращить якість життя таких пацієнтів.

Для покращення зниженої функції печінки при НАСГ, як і при інших захворюваннях печінки, доцільно використовувати речовину, здатну підтримати функцію та стан мембран клітин печінки. Такою речовиною є адеметіонін, який вперше був описаний в Італії Дж. Кантоні в 1952 р. S-аденозилметіонін (SAMe) утворюється з АТФ (аденозинтрифосфату) і метіоніну під дією ферменту метіонін-аденозилтрансферази [9]. Адеметіонін, за даними проведених досліджень, має низку дуже цінних ефектів: регенеруючий (стимулює регенерацію і проліферацію гепатоцитів); холеретичний і холекінетичний (адеметіонін стимулює синтез фосфатидилхоліну, підвищуючи пластичність і поляризацію мембран гепатоцитів і покращуючи транспорт через них компонентів жовчи, адеметіонін покращує відтік жовчі на внутрішньопечінковому рівні); антиоксидантний (збільшує синтез глутатіону і цистеїну); детоксикаційний (бере участь у реакціях по знешкодженню токсинів); нейропротективний (посилує синаптичну передачу, захищає клітини головного мозку від токсинів). Серед показань до призначення адеметіоніну наступні: хронічний гепатит, внутрішньопечінковий холестаза, цироз печінки, печінкова енцефалопатія, депресивні та абстинентний синдроми [3, 10].

Науково встановленим фактом є те, що оптимальним способом введення адеметіоніну є ін'єкційний, оскільки при ньому досягається формування необхідної терапевтичної дози, а біодоступність є близькою до 100%. Рекомендований курс терапії адеметіоніном 30-60 днів [3]. Однак для ін'єкцій необхідне або перебування в стаціонарі, або виклик медпрацівника додому, або щоденна допомога домашніх, або походи до денного стаціонару чи процедурного кабінету. Крім

того, високою є вартість ін'єкційних форм у порівнянні з таблетками. Через такі незручності після курсу ін'єкцій пацієнтів переводять на прийом пероральних форм адеметіоніну.

При пероральному ж прийомі ліки з кишечника попадають до печінки, де проходить зниження активності основної речовини. Відомо, що протективні можливості печінки, що захищають від отруйних речовин, реалізуються через пресистемний метаболізм (руйнацію, зміну структури лікарської речовини клітинами печінки після всмоктування з кишечника і до попадання в системний кровотік). Лише деякі ліки здатні пройти цей бар'єр, не втративши (хоча б частково) початкової активності. Це називають ефектом «першого проходження» через печінку, що й притаманно для пероральних форм адеметіоніну [7]. Тому фармакологи вимушені шукати інші шляхи введення препаратів. Крім того, доведено, що при прийомі таблеток у кишечнорозчинній оболонці біодоступність адеметіоніну складає приблизно 5% від прийнятої дози. Експерти вважають, що низька біодоступність пероральних форм адметіоніну обумовлена ефектом «першого проходження» через печінку. Звідси – значиме зниження його концентрації в плазмі крові і потреба підтримувати дозування 400 мг/добу при використанні таблеток. Було запропоновано використовувати сублінгвальний шлях введення адеметіоніну [2]. Цілком логічним є припущення, що абсорбція з порожнини рота через богату васкуляризацією її слизову оболонку, особливо під'язикової області, (сублінгвально) може сприяти лікам поступити безпосередньо в кров, уникаючи як ефекту «першого проходження» печінки, так і зниження активності при проходженні кислого середовища шлунка. Melson T. et al., 2014, вважають, що сублінгвальне введення субстанцій рівноцінне до парентерального застосування [12]. Саме тому нами було вирішено застосувати Агепту - першу в Україні інноваційну форму введення S-адеметіоіну - сублінгвальні таблетки. Виробляють Агепту в Італії з оригінальної субстанції компанії GNOSIS, ексклюзивного постачальника адеметіоніну (SAM-e). Таким чином, Агепта - інноваційний європейський гепатопротектор із сублінгвальною формою введення адеметіоніну для посилення ефективності пероральної терапії захворювань печінки. При сублінгвальному введенні концентрація

SAME в плазмі крові підвищується швидше і тримається на ефективному рівні довше, ніж при прийомі кишечноорозчинних таблеток. Одна таблетка містить 200 мг катіону адеметіоніну. Пацієнти приймали по одній таблетці двічі на день за 30-60 хв до прийому їжі, утримуючи під язиком до повного розчинення (10-15 хв). Забороняли застосовувати Агепту перед сном, особливо на ніч, зважаючи на тонізуючий ефект адеметіоніну. Виключали пацієнтів з протипоказаннями: індивідуальна непереносимість компонентів, вагітність і період лактації, біполярний психоз. Аналіз літературних джерел виявив малу кількість наукових досліджень щодо використання сублінгвального адеметіоніну (Агепти) [2, 12], тому вважали за доцільне провести таке дослідження.

Мета дослідження: дослідити ефективність включення до стандартної терапії хворих на неалкогольний стеатогепатит у коморбідності із ожирінням, які в анамнезі вживали алкоголь, препарату адеметіонін сублінгвальний (Агепта) на основі вивчення клінічних синдромів, параметрів ліпідного спектру крові та структурного стану (еластичності) печінки і ПЗ.

Матеріали і методи. Було обстежено 40 хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням і наявною ЗСН ПЗ. Хворих було поділено на 2 групи: 1 група (20 осіб) отримувала загальноприйнятту схему лікування, яка включала інгібітор протонної помпи пантопразол 40 мг 1 р/день, ферментний препарат чистого панкреатину (креон, ерміталь по 25 тис. (1капс.) під час їжі), спазмолітик (ношпа форте по 1 таб. 2 р/день) і/або або прокінетик мотиліум 1 таб. 3 р/день.

2 група (20 осіб) – отримувала в комплексі до загальноприйнятого лікування інноваційний європейський гепатопротектор із сублінгвальною формою введення адеметіонін по одній таблетці (200 мг) двічі на день за 30-60 хв до прийому їжі, утримуючи під язиком до повного розчинення (10-15 хв), протягом 2 місяців.

Вік хворих – від 30 до 71 років. Пацієнти були співставимими за віком, статтю та тривалістю захворювання. Тривалість захворювання на НАСГ – $(10,0 \pm 1,5)$ років. Як зазначалось вище, найбільш частою причиною захворювань печінки вважається зловживання алкоголем (75,00-85,00%) [352]. Для достовірного визначення впливу алкогольного фактора на формування НАСГ виявляли прихований

потяг до алкоголю, використовуючи анкету CAGE. В цілому в досліджуваному контингенті результат опитування становив $(1,78 \pm 0,31)$ бала, що засвідчило відсутність потягу, однак серед чоловіків він становив $(2,89 \pm 0,42)$, вказуючи на високий рівень наявності прихованого потягу до алкоголю в хворих на НАСГ чоловіків. Зловживання алкоголем намагались виявити за наявності однієї з наступних ознак: вживання алкоголю попри знання пацієнта про те, що його постійні чи повторювані соціальні, побутові, фізичні, психологічні, професійні проблеми, спричинені чи посилені через це; повторне використання алкоголю в ситуації, коли він може бути небезпечним для життя. Серед чоловіків позитивно хоча б на одне з цих питань відповіли 88,46%, серед жінок - 17,14%. Наше дослідження показало, що в анамнезі 66,97% відмічалось вживання алкогольних напоїв, однак це не можна трактувати як зловживання, хоча воно, безумовно, сприяло розвитку НАЖХП, а саме НАСГ. Таким чином, алкогольний фактор можна вважати значимим у контингенті хворих дослідження.

Оцінку ліпідограми проводили за загальноприйнятими в клініці критеріями. Структурний стан печінки та ПЗ оцінювали за їх еластичністю (жорсткістю) методом еластографії хвилі зсуву (ЕХЗ) на скануючому УЗ-апараті Ultima RA фірми «Радмир» (Харків, Україна) контактним датчиком лінійного формату на частотах 7-10 МГц на глибині 10-30 мм. При дослідженні печінки даним методом проводилось по 5 вимірювань в різних ділянках кожної долі, а при обстеженні ПЗ - в різних ділянках проводили 10 вимірювань.

Математична обробка отриманих даних проводилася з використанням варіаційного статистичного аналізу на IBM PC Pentium II. Для кожної групи досліджень вираховували середню арифметичну величину (M), середньоквадратичне відхилення (σ), похибку середньоарифметичної (m). Отримані результати в групах порівняння оцінювали на предмет достовірності різниць, що встановлювали за критерієм Стюдента (t). Критерієм достовірності вважали ймовірність p , яка була рівною або більшою 95,0%, тобто ризик похибки становив менше 5,0%.

Результати досліджень. У табл. 1 наводимо дані основних загальноклінічних і біохімічних показників в групі досліджуваних хворих на НАСГ.

Таблиця 1

Основні загальноклінічні і біохімічні показники хворих на НАСГ

| Показник | Група контролю (N=20) | Хворі з НАСГ (N=40) |
|---|--------------------------|------------------------|
| Еритроцити, 10 ¹² /л | 4,22±0,11 | 3,33±0,02* |
| Гемоглобін, г/л | 131,25±1,81 | 104,89±0,88* |
| Лейкоцити, 10 ⁶ /л | 5,73±0,22 | 6,38±0,16* |
| ШЗЕ, мм/год | 7,32±0,26 | 11,26±0,64* |
| Загальний білок, г/л | 84,33±0,58 | 68,80±0,67* |
| Альбуміни, % | 58,43±0,44 | 45,41±0,33* |
| Цукор, ммоль/л | 4,52±0,15 | 4,23±0,11 |
| Білірубін загальний, мкмоль/л | 20,17±2,10 | 28,67±2,23* |
| АЛТ, ммоль/л | 0,32±0,05 | 0,53±0,04* |
| АСТ, ммоль/л | 0,32±0,05 | 0,65±0,14* |
| Амілаза крові, мг/(год×мл) | 18,68±2,13 | 29,94±1,11* |
| Діастаза сечі, мг/(год×мл) | 85,39±5,68 | 188,17±5,52* |
| Примітка: * - вірогідна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05). | | |

Наведені показники визначали хворим на НАСГ легкого ступеня активності в фазі нестійкої (10-14 день перебування в умовах денного стаціонару) ремісії (в поліклініці), однак всі вони виявились достовірно зміненими стосовно таких у групі здорових людей. Відмічались наявність анемії легкого ступеня, незначне зниження рівня альбуміну в крові, тенденція до гіпоглікемії, дещо підвищений рівень діастази сечі. Все це свідчить про зрушення різних ланок обміну речовин в хворих на НАСГ, а також незначну активність процесу навіть в фазі нестійкої ремісії. При обстеженні пацієнтів спостерігали такі основні клінічні синдроми: больовий, диспепсичний, астено-невротичний. У табл. 2 наводимо динаміку основних клінічних синдромів під впливом вищевказаних схем лікування хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням.

Після проведеного лікування виявлено значне зниження проявів всіх клінічних синдромів в обидвох групах, однак у 2 групі показники больового і астено-невротичного синдромів після лікування з включенням сублінгвального адеметіоніна були достовірно нижчими таких після лікування в 1 групі (p<0,05), а стосовно динаміки

диспепсичного синдрому було відмічено тенденцію до покращення, однак дані потребують подальшого дослідження.

Таблиця 2

Динаміка основних клінічних синдромів у хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням під впливом диференційованих схем лікування

| Клінічний синдром | Група порівняння | | | |
|--------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| | 1 група N=20 | | 2 група N=20 | |
| | До лікування, N (%) | Після лікування, N (%) | До лікування, N (%) | Після лікування, N (%) |
| Астено-невротичний | 18 (90,0) | 7 (35,0) * | 19 (86,3) | 4 (18,2) ** |
| Больовий | 20 (100,0) | 6 (30,0) * | 20 (90,0) | 3 (13,5) ** |
| Диспепсичний | 12 (60,0) | 7 (35,0) * | 14 (63,6) | 4 (18,2) * |

Примітки:
 1. *Достовірно відносно даних у своїй групі до лікування ($p < 0,05$)
 2. **Достовірно відносно даних у першій групі після лікування ($p < 0,05$)

У табл. 3 наводимо зміни показників ліпідограми під впливом вищевказаних схем лікування хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням.

Таблиця 3

Динаміка показників ліпідограми у хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням під впливом диференційованих схем лікування

| Показник ліпідограми | Група порівняння | | | |
|----------------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | 1 група (N=20) | | 2 група (N=20) | |
| | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| ХС, ммоль/л | 7,10±0,20 | 5,90±0,22* | 7,00±0,25 | 5,51±0,24** |
| ТГ, ммоль/л | 2,60±0,17 | 2,35±0,12* | 2,52±0,15 | 2,12±0,10** |
| ЛПВЩ, ммоль/л | 1,00±0,12 | 1,25±0,10* | 1,05±0,13 | 1,41±0,07** |
| ЛПДНЩ, ммоль/л | 1,16±0,09 | 1,05±0,04* | 1,14±0,07 | 0,95±0,04** |
| ЛПНЩ, ммоль/л | 4,40±0,19 | 3,52±0,18* | 4,42±0,17 | 3,00±0,20** |
| КА | 4,28±0,19 | 3,40±0,20* | 4,21±0,22 | 2,96±0,20** |

Примітки:
 1. *Достовірно відносно даних у своїй групі до лікування ($p < 0,05$)
 2. **Достовірно відносно даних у першій групі після лікування ($p < 0,05$)

Було встановлено зниження всіх атерогенних показників ліпідограми та підвищення захисної (антиатерогенної) фракції ЛПВЩ в обидвох групах, однак у 2 групі ця динаміка була більш статистично достовірно значимою.

Наступним етапом дослідження стало вивчення динаміки показників еластичності тканин печінки та ПЗ при застосуванні запропонованих схем лікування (дані у табл. 4).

Отримані результати вказують на зниження показників жорсткості печінки та ПЗ, що свідчить про покращення їх структурного стану під впливом стандартно-протокольного лікування, а включення до стандарту курсу лікування сублінгвальним адеметіоніном (Агепта) протягом 2 місяців.

Таблиця 4

Динаміка показників еластичності тканин печінки та ПЗ у хворих на НАСГ в поєднанні з ожирінням під впливом диференційованих схем лікування

| Досліджуваний орган | Група порівняння | | | |
|-------------------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | 1 група | | 2 група | |
| | До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| печінка, кПа | 9,09±0,46 | 6,59±0,49* | 9,12±0,45 | 5,78±0,30** |
| підшлункова залоза, кПа | 8,98±0,47 | 6,80±0,43* | 9,00±0,55 | 6,01±0,45** |

Примітки:
 1. *Достовірно відносно даних у своїй групі до лікування (p<0,05)
 2. **Достовірно відносно даних у першій групі після лікування (p<0,05)

Обговорення отриманих результатів. Після проведеного лікування позитивна динаміка спостерігалася в обох групах (табл. 1, 2, 3). Проте у пацієнтів, котрі додатково отримували курс препарату Агепта, динаміка показників основних клінічних синдромів, ліпідограми та еластичності печінки і ПЗ була вагомішою. Показники больового, диспепсичного та антено-невротичного синдромів значно знизились (у другій групі – в середньому з 80,0% до 16,6% проти показників у першій групі - в середньому з 83,3% до 31,6%). Динаміка холестерину була більш значною - на 7,0% у 2 групі в порівнянні з 1 групою, тригліцеридів – на 9,8%, ЛПДНЩ – на 9,5%, ЛПНЩ – на 14,3%, КА – на 13,0%, а фракція ЛПВЩ збільшилась відповідно на

11,4%. Показники жорсткості печінки та ПЗ знизились на 12,60% і 11,60% більше, ніж у 1 групі (дані другої групи після лікування були статистично достовірними стосовно таких у першій групі ($p < 0,05$)).

Висновок: 1) За анкетною CAGE у досліджуваному контингенті хворих на неалкогольний стеатогепатит результат опитування становив ($1,78 \pm 0,31$) бала, що засвідчило відсутність потягу, однак серед чоловіків він становив $2,89 \pm 0,42$, вказуючи на високий рівень наявності у них прихованого потягу до алкоголю. Встановили, що в анамнезі 66,97% хворих дослідження відмічалось вживання алкогольних напоїв, а це засвідчило наявність алкогольного фактору у генезі захворювання. 2) Застосування препарату адеметионіну сублінгвального (Агепта) у складі комплексної терапії хворих на неалкогольний стеатогепатит у поєднанні з ожирінням із наявним алкогольним фактором сприяє достовірному покращенню клінічних синдромів, нормалізації показників ліпідограми і структурного стану печінки і підшлункової залози (за даними ЕХЗ) ($p < 0,05$).

Література:

1. Буеверов А.О. (2007) «Жирная печень»: причины и последствия. *Consilium Medicum*, 9(9): 74–78.
2. Делле Кьяє Р., Маріні І. САМе (SАМе) таблетки для розсмоктування. Фармакокінетичні переваги та роль у лікуванні депресії // *Med Psicosom.* – 2010. - №55 (1). – Р. 5-13
3. Кучерявый Ю.А., Морозов С.В. Гепатопротекторы: рациональные аспекты применения: учеб. пособие для врачей.- Москва: 2012.
4. Палій І.Г., Заїка С.В., Ліфанов А.В. (2012) Неалкогольна жирова хвороба печінки у контексті метаболічного синдрому: діагностика та лікування в амбулаторній практиці. *Укр. мед. часопис*, 4(90): 85–87 (<http://www.umj.com.ua/article/38151>).
5. Харченко Н.В. (2008) Метаболический синдром в практике гастроэнтеролога. *Здоров'я України*, 19(1): 5–6.
6. Хухліна О.С. (2006) Неалкогольна жирова хвороба печінки: етіологія, епідеміологія, особливості перебігу, діагностика, прогноз. *Укр. мед. часопис*, 1(51): 89–95 (<http://www.umj.com.ua/article/525>).
7. Юрьев К.Л. (2012) Адеметионин - гепатопротектор и антидепрессант. *Укр. мед. часопис*, 1(87): 61–69 (<http://www.umj.com.ua/article/28041>).
8. Caballero F., Fernández A., Matías N. et al. (2010) Specific contribution of methionine and choline in nutritional nonalcoholic steatohepatitis: impact on mitochondrial S-adenosyl-L-methionine and glutathione. *J. Biol. Chem.*, 285(24): 18528–18536.

9. Dowman J.K., Tomlinson J.W., Newsome P.N. (2011) Systematic review: the diagnosis and staging of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 33(5): 525–540.
10. Rambaldi A., Glud C. (2014) S-adenosyl-Lmethionine for alcoholic liver diseases. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 4: CD002235.
11. Sanyal A.J., Campbell-Sargent C., Mirshahi F. et al. (2014) Nonalcoholic steatohepatitis: association of insulin resistance and mitochondrial abnormalities. *Gastroenterology*, 120(5): 1183–1192.
12. <http://www.gnosis-bio.com/same2.php>

Романюк Л.Б.

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РОЛЬ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ЗНАТЬ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

Лікар загальної практики - сімейної медицини з початку реформування медичної галузі в Україні став центральною фігурою у структурі первинної медико-санітарної допомоги, оскільки це перша особа, що вирішує питання про подальше скерування пацієнта у випадку первинного звертання. В умовах реорганізації системи охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики — сімейними лікарями. Пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги передбачає перш за все підготовку кваліфікованого лікаря первинної ланки, сімейного лікаря, кваліфікація якого відповідала б міжнародному та європейському рівням [1].

Навчання сімейного лікаря має ґрунтуватися на компетентнісному підході — з необхідністю врахування компетенцій та кваліфікаційної характеристики сімейного лікаря, розкриттям специфіки медичної допомоги в умовах закладів сімейної медицини. Згідно положення про лікаря загальної практики - сімейної медицини в його обов'язки

входить надання первинної медико-санітарної допомоги населенню, проведення санітарно-протиепідемічної роботи на дільниці, санітарно-освітня робота серед населення дільниці. Реалізації всіх цих задач сприяють знання отримані студентами-медиками на низці теоретичних і практичних кафедр під час навчання в університеті [2,3].

Однією з таких кафедр, що забезпечує підґрунтя для виконання обов'язків лікарем загальної практики - сімейної медицини є кафедра мікробіології, вірусології та імунології. Оскільки викладання нашого предмету для студентів медичного факультету відбувається на II та III курсах, вони ще не досить усвідомлюють його зв'язок з практичною медициною, однак завданням викладача у цьому випадку є пояснити значення мікробіології для накопичення знань у галузі інфекційних хвороб, імунологічної патології, епідеміології та інфекційного контролю.

Метою європейської кредитно-трансферної системи, яка була запропонована в Україні, є підвищення якості освіти шляхом змін підходів до навчального процесу та використання сучасних інноваційних педагогічних технологій [4,5]. Однією з основних вимог, які ставляться перед медичною освітою на даний час є підготовка висококваліфікованого та конкурентноспроможного фахівця, що відповідав би міжнародним вимогам та стандартам [6]. Перед вищими навчальними закладами медичного напрямку постало завдання підготувати та виховати у студентів самостійність у здобутті необхідних знань, підвищити ефективність оволодіння студентів необхідною інформацією з фундаментальних дисциплін, сприяти постійному самовдосконаленню та творчому підходу до навчального процесу [7].

Враховуючи те, що мікробіологія, вірусологія та імунологія є фундаментальною дисципліною, метою підготовки фахівців на кафедрі є максимально лаконічна та структурована подача інформації для ефективнішого засвоєння знань та застосування їх студентами на практичних заняттях з клінічних дисциплін. Вивчення збудників інфекційних захворювань на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології нерозривно пов'язане з використанням знань, отриманих на суміжних кафедрах. Водночас, знання, навички та вміння, якими

оволодіють студенти на нашій кафедрі використовуватимуться ними при вивченні матеріалу на кафедрах епідеміології, гігієни, інфекційних хвороб, курсу дитячих інфекцій та ряду інших клінічних дисциплін.

Таким чином, поступово у студентів медичного факультету формується клінічне мислення, розуміння необхідності знань, отриманих при вивченні мікробіології, вірусології та імунології для подальшої професійної діяльності, вибудовується алгоритм вивчення пацієнта.

Майже всі теми, що розглядається на практичних заняттях, складається із трьох моментів: практична робота, лекція з даної теми, або фрагмент лекції (оскільки, як правило, у робочій програмі кількість лекційних годин значно менша ніж практичних) та самостійна позааудиторна робота студентів (СПРС). Кожен із цих напрямків має відповідне методичне забезпечення: матеріали для підготовки до практичних занять, лекцій, самостійної роботи, методичні рекомендації для студентів до практичних занять та самостійної роботи, конспекти лекцій, мультимедійні презентації для лекцій та практичних занять. Структура засвоєння кожної теми з методичної точки зору складається із чотирьох компонентів: лекції, практичне заняття, СПРС та індивідуальна робота студентів. На нашій кафедрі приділяється достатньо уваги кожному структурному компоненту вивчення теми (рис.1). Зокрема, індивідуальна робота студентів включає їх участь в роботі кафедрального наукового гуртка та підготовку проблемних доповідей на студентські конференції.

Особливостями роботи гуртка на кафедрі є індивідуальний підхід до кожного студента та робота у вигляді груп по 2-3 особи під керівництвом окремого викладача в межах конкретно окресленої теми дослідження, що перегукується з темою ініціативної науково-дослідної роботи кафедри. Така організація дає змогу більш детально розглядати певні моменти дослідження та формувати у студентів навички наукових досліджень для подальшого їх використання на клінічних кафедрах.

Стимулюється участь студентів у науковій роботі шляхом нарахування їм додаткових балів до загального рейтингу успішності,

що попередньо обговорені та затверджені на засіданні кафедри (табл.1).

Практичні заняття з мікробіології, вірусології та імунології забезпечені мультимедійними презентаціями до кожної теми, що покращує сприйняття студентами теоретичного матеріалу та практичних навичок, особливо в умовах дистанційної форми навчання.



Рис.1 Структура засвоєння теми з мікробіології, вірусології та імунології для студентів медичного факультету

Практичні заняття з мікробіології, вірусології та імунології забезпечені мультимедійними презентаціями до кожної теми, що покращує сприйняття студентами теоретичного матеріалу та практичних навичок, особливо в умовах дистанційної форми навчання. Забезпечення відеосистемами кімнат для практичної роботи дає змогу представляти електронні мікрофотографії збудників, для подальшого їх диференціювання при вивченні мікропрепаратів на занятті та при здачі практичних навичок; демонструвати культуральні та біохімічні властивості мікроорганізмів, що викликають ряд особливо-небезпечних інфекцій і які, відповідно, не можуть бути продемонстровані у нативному вигляді, як приклад однієї з ланок

бактеріологічного дослідження; при вивченні імунологічних реакцій, для серологічної діагностики захворювань та ідентифікації збудників, не завжди методика дозволяє оцінити результати (оскільки інкубація може тривати від 15-45 хв. до 18-20 год.), тому презентація у вигляді відеофільму чи слайду, дозволяє наглядно продемонструвати студенту таку інформацію; вивчення сучасних методів діагностики та ідентифікації збудників, котрі немає змоги відтворити на практичних заняттях, а саме: полімеразна ланцюгова реакція, імуно-ферментний аналіз, імуно електронна мікроскопія та ін., дає студенту більш чітке уявлення про дані методи.

Таблиця 1

Перелік завдань для індивідуальної роботи студентів

| Бали | Критерії оцінювання |
|-------------|---|
| 1 | Підбір трьох відео та/або трьох аудіо матеріалів із розділів навчальної дисципліни |
| 2 | Виготовлення ламінованої таблиці з відповідних тем дисципліни або виступ на засіданні студенського наукового гуртка |
| 3 | Участь у студенській олімпіаді з дисципліни або участь у роботі студенського наукового форуму у вигляді публікації тез |
| 4 | Стендова презентація наукових досліджень (реферативних, експериментальних) на студенських наукових форумах або публікація тез, статей у журналах і збірниках наукових конференцій |
| 5 | Виготовлення серії демонстраційних мікропрепаратів (фарбування спор, джгутиків, капсул мікроорганізмів, спірохет, хламідій тощо) для навчального процесу на кафедрі або усна доповідь з презентацією на студенському науковому форумі |
| 6 | Призове місце за участь у студенській олімпіаді з дисципліни, або призове місце за участь у роботі наукового форуму. |

Крім того, використання інформації у вигляді таблиць і схем за допомогою відеосистем, дозволяє більшій кількості студентів підтримувати візуальний контакт і таким чином залучати їх до активної співбесіди під час обговорення теми та добитись кращого ефекту у кінцевому результаті. Також відпадає потреба у використанні паперових таблиць з фонду кафедри, які з часом втрачають свій естетичний вигляд.

На практичних заняттях викладачі кафедри використовують словесні, наочні та практичні методи навчання, останні застосовували в основному для закріплення, формування практичних умінь при застосуванні раніше набутих знань; за характером пізнавальної

діяльності використовували пояснювально-ілюстративний, дослідницький та частково-пошуковий методи (табл. 2).

Таблиця 2

Сукупність методів, що використовуються під час практичних занять з мікробіології, вірусології та імунології

| Назва методу | Його сутність | Навчально-виховні завдання, що він вирішує |
|----------------------------------|--|--|
| Інформаційно-рецептивний | Передача знань у готовому вигляді: розповідь, співбесіда, відеодемонстрація | Розвиток уваги, комунікативність |
| Репродуктивний | Спонукає студентів до відтворення здобутих знань: усне опитування у формі «каруселі», тестовий контроль, вирішення ситуаційних задач | Закріплення знань, формування вмінь та навичок, розвиток пам'яті, мовлення, спілкування |
| Проблемний | Опис клінічної ситуації (наприклад, випадок кору в дитини 3-х років) із складанням плану протиепідемічних заходів з використанням знань шляхів передачі інфекційних хвороб та властивостей збудника | Озброєння прийомами та засобами розумової діяльності. Засвоюються засоби та логіка розв'язання проблеми, але без уміння самостійного засвоювання. Розвивається логічне мислення, формується інтерес до навчальної та практичної роботи |
| Частково-пошуковий (евристичний) | Викладач організує та спрямовує думки студентів до самостійного розв'язання проблеми, створюючи проблемну ситуацію та формулюючи проблему. Вирішення тестових завдань у формі ситуаційних задач із бази «Крок-1» | Сприяє переходу знань у переконання. Формує вміння самостійно здобувати знання, сприяє розвитку логічного мислення, виховує інтерес до науково-пошукової діяльності |
| Пошуковий (дослідний) | Самостійне вирішення самостійно студентами ситуаційних задач, клінічних випадків, з урахуванням знань з цієї теми: епідемічний ланцюг, сприйнятливність організму, вірулентність збудника. | Сприяє оволодінню методами наукового пізнання. Відбувається розвиток здібностей до творчої діяльності, аналізу та синтезу засвоєної інформації та використання її для вирішення поставлених задач |

Для підготовки студентів медичного факультету з врахуванням досвіду викладання попередніх років, наша кафедра максимально надає увагу практично орієнтованому навчанню, а саме відпрацюванню та здачі студентами практичних навичок. Для цього кожен розділ дисципліни завершується підсумковим заняттям, що являє собою вирішення тестів з бази «Крок-1», ситуаційних задач (в залежності від специфіки розділу) та задачі практичних навичок. Кожен студент отримує індивідуальне завдання, що являє собою одну з ланок бактеріологічної чи серологічної діагностики певної патології, виконує її практично, а усно проводить інтерпритацію отриманих даних.

Лаборанти кафедри на підсумкові заняття готують спеціальний набір реактивів та демонстраційних тестів, щоб забезпечити кожного окремого студента у групі. Викладацьким колективом підготовані шаблони задачі практичних навичок, що являють собою короткий опис маніпуляції з основними етапами її виконання.

Такий підхід до засвоєння практичних навичок дозволить студентам своїми руками виконати певні маніпуляції, що закріпить знання на когнітивному і тактильному рівнях, ширше сприймати та набувати пізнавальних, технологічних, інформаційно-прогностичних, аналітичних та професійних компетентностей. Окрім того практично-орієнтоване навчання дозволить студентам більш вільно та впевнено почуватись під час занять на клінічних кафедрах, зокрема інфекційних хвороб, терапії, педіатрії, функціональної та лабораторної діагностики, первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики сімейної медицини; поглибить міжпредметні зв'язки та дасть можливість майбутнім фахівцям уже на перших курсах усвідомити необхідність інтеграції теоретичних знань у практичну медицину. Перелік практичних навичок складається з врахуванням типової програми з підготовки спеціалістів певного напрямку, зокрема для студентів медичного факультету він виглядає наступним чином (табл.3).

**Перелік практичних навичок з мікробіології, вірусології та імунології
для студентів медичного факультету спеціальності «Медицина»**

| №з /п | Назва практичної навички |
|----------|---|
| 1 | Вміти здійснювати забір і посів патологічного матеріалу для діагностики інфекційних хвороб. |
| 2 | Проводити мікроскопічне дослідження препаратів у світловому мікроскопі з імерсійним об'єктивом. Вміти виготовляти препарати для мікроскопічного дослідження патологічного матеріалу (гній, харкотиння, кров, спинномозкова рідина). Розрізнити основні групи мікроорганізмів за морфологією. Фарбувати препарати простими та складними методами (за Грамом, Цілем-Нільсенном, Леффлером). |
| 3 | Визначити чутливість мікроорганізмів до хіміотерапевтичних препаратів і антибіотиків (метод серійних розведень і дискодифузійний метод) |
| 4 | Провести облік оцінки результатів серологічних реакцій аглютинації, преципітації, зв'язування комплементу |
| 5 | Здійснювати облік результатів реакції, які виконуються у вірусології (гальмування гемаглютинації, нейтралізації вірусів) |
| 6 | Заповнити бланки направлень матеріалу в лабораторію для бактеріологічного, вірусологічного або серологічного дослідження. Читати бланки досліджень і оцінювати результати мікробіологічних досліджень. |
| 7 | Вибір вакцинних, сироваткових біопрепаратів для профілактики інфекційних захворювань. |
| 8 | Мікробіологічне дослідження біологічних рідин та виділень. |

З переліку практичних навичок видно, що основна їх частина спрямована на засвоєння методики проведення та оцінки результатів бактеріологічних та серологічних методів діагностики, однак навичка «Вміти здійснювати забір і посів патологічного матеріалу для діагностики інфекційних хвороб» стане в пригоді лікарям всіх спеціальностей, зокрема лікарям загальної практики сімейної медицини, оскільки захворювання такі як дифтерія, кашлюк, кишкові інфекції, вимагають від лікаря не лише взяти матеріал у хворого в домашніх умовах, але й за відсутності необхідних умов для транспортування, чи за вимогами методики дослідження, необхідно провести посів матеріалу на поживне середовище відразу біля ліжка хворого. Такий вибір практичних навичок обумовлений ще й тим, що в третьому (весняному) семестрі студенти зі спеціальності «Медицина» вивчають лише загальну мікробіологію, імунологію, вірусологію та частину спеціальної бактеріології. Засвоєння визначення антибіотикочутливості виділених штамів дозволить майбутнім лікарям більш відповідально та диференційовано

підходити до призначення антибіотиків в подальшій терапевтичній практиці. Це дасть змогу запобігти появі і поширення полірезистентних штамів мікроорганізмів і оптимізувати лікування інфекційної патології. В наступному семестрі студенти-медики проходять теми по спеціальній бактеріології, і тому практичні навички мають більш аналітичний напрямок і стануть у пригоді лікарям всіх спеціальностей, оскільки читання, заповнення та оцінка бланків з результатами бактеріологічного та серологічного дослідження необхідні для верифікації та диференціальної діагностики низки, як інфекційних так і соматичних хвороб (ревматизм, алергічні стани, імунодефіцити і т.п.). Для студентів молодших курсів мікробіологія, часто, здається суто теоретичним предметом, але якщо викладач донесе до них практичні аспекти їх теоретичної підготовки, то зацікавленість темами, що вивчаються, може позитивно вплинути на подальше розуміння значущості предмета та їх успішність. Відомості про протікання та особливості формування патологічних вогнищ при інфекційних захворюваннях, методів діагностики та профілактики інфекційних захворювань дають змогу ефективніше запобігати поширенню інфекцій та правильно розробити профілактичні методи та заходи з попередження даних патологій. Студенти можуть використати отримані знання під час вивчення таких дисциплін, як інфекційні хвороби, епідеміологія, педіатрія з дитячими інфекціями, хірургія, терапія. В роботі лікаря на кожному кроці вони стикатимуться з інфекційними захворюваннями незалежно від спеціальності, тому отримані знання належать до фундаментальних. Вміння класифікувати та віднести захворювання до певної групи, визначити в загальних рисах його збудника та провести профілактичні заходи необхідні студенту не лише для професійної діяльності, а й для повсякденного життя, щоб захистити себе і своїх близьких від інфікованих осіб. Навички по зараженню лабораторних тварин та їх дослідженню стануть необхідними для наукових розвідок, для проведення експериментів у межах магістерських та кандидатських наукових робіт.

Важливою ланкою навчального процесу у всіх навчальних закладах є контроль якості освіти і в медичних закладах найбільш ефективним і об'єктивним є тестовий екзамен «Крок 1. Лікувальна

справа» – майбутні лікарі. Він проводиться по закінченню студентами навчання на 3-му курсі і включає низку предметів, одним з яких є мікробіологія, вірусологія та імунологія. В нашому навчальному закладі загалом та на кафедрі мікробіології, вірусології та імунології зокрема розроблений ряд заходів, спрямованих на підвищення мотивації студентів у плані підготовки до складання тестового іспиту «Крок 1».

Методологія медичних ліцензійних іспитів, що застосовується в Україні, пройшли професійну експертизу в провідних атестаційних центрах світу: Національній Раді медичних екзаменаторів (NBME, США), Центрі медичної освіти (CME, Англія), а також в Інституті змісту і методів навчання МО України, Інституті педагогіки та психології професійної освіти АПН України.

Рішенням всесвітньої конференції Програма ліцензійних іспитів України була рекомендована іншим країнам, які впроваджують ліцензійні або сертифікаційні іспити, як модель для використання [10].

У 2018 році вперше в Україні проведено міжнародне порівняльне дослідження якості медичної освіти на додипломному та післядипломному етапах підготовки з використанням міжнародних інструментів – іспиту IFOM CSE (International Foundations of Medicine. Clinical sciences) та субтесту з надання допомоги при невідкладних станах на основі завдань типу USMLE (United States Medical Licensing Examination – «Екзамен з отримання медичної ліцензії Сполучених Штатів Америки»). Центр тестування отримав високу оцінку National Board of Medical Examiners за методичний, організаційний супровід та рівень проведення іспиту IFOM CSE.

Таким чином тестовий екзамен «Крок 1» є досить об'єктивним та інформативним показником якості засвоєння студентами перших трьох курсів фундаментальних дисциплін і його методика відповідає міжнародним системам оцінки якості медичної освіти.

Запорукою успішної підготовки є систематизування знань, тому викладачами кафедри проведена робота по відбору тестів з бази «Крок-1» за останні 10 років та розподіл останніх за темами практичних занять. На кожному практичному занятті відведено час для розбору із студентами питань що відповідають поточній темі.

Оскільки база «Крок-1» в основному містить тести, умова яких включає клінічні дані, а для студентів молодших курсів, котрі ще не вивчають клінічних дисциплін, не завжди зрозумілими є певні симптоми та синдроми, дуже доречним є те, що викладачі нашої кафедри, як правило в минулому практикуючи лікарі не лише із професійними знаннями але і з досвідом роботи і їх кваліфікація дозволяє чітко пояснити студентам деякі патогенетичні механізми дії мікроорганізмів на організм людини, що призводять до появи відповідних клінічних ознак.

Як показує аналіз успішності здачі «Крок-1» з мікробіології за останні два роки систематизований підхід до підготовки студентів дає свої результати. На кафедрі мікробіології, вірусології та імунології синтезовано кафедральні та загальноуніверситетські заходи щодо підвищення якості підготовки.

Враховуючи особливості засвоєння матеріалу різними студентами (одні краще сприймають логічні пояснення, інші – чітко запам'ятовують лише правильні відповіді) викладачі кафедри мікробіології, вірусології та імунології використовують багато форм тренінгу за базою тестів «Крок-1», і контроль проводиться на різних рівнях, в тому числі і ефективності «виживання» знань студентів.

Першим рівнем є розбір тестових питань на практичних заняттях з кожної, окремо взятої теми – викладачі при цьому попередньо всі тести розбили на групи, що відносяться до тої чи іншої теми. На цьому етапі у студентів, як правило, спрацьовує стереотипне мислення, і як такої, диференціальної діагностики вони не проводять.

Другим етапом є проміжні контролі на практичних заняттях, без попередньої підготовки, за кількома заняттями, об'єднаними спільною тематикою. Тепер у студентів повинно спрацювати аналітичне мислення з подальшим алгоритмом відбору неправильних варіантів відповіді, і таким чином виходу на правильний дистрактор.

Третій етап покликаний закріпити у студентів знання з отриманих тем – він відбувається на підсумковому занятті, котрі завершують блоки тем за розділами предмету: «Загальна мікробіологія», «Інфектологія та імунологія», «Загальна і спеціальна вірусологія» та «Спеціальна бактеріологія». Відпрацювання негативних оцінок за підсумкові заняття є обов'язковим, тому студенти, котрі не склали

підсумкове повинні рано чи пізно засвоїти мінімум предметної інформації.

Четвертим етапом є написання студентами «прекroku» по закінченню вивчення мікробіології. Варіанти останнього складаються виключно з питань бази «Крок-1». Студенти, позитивні відповіді яких склали понад 80% вважаються такими, які здали тестовий контроль і допускаються до сесії. Цей етап дозволяє проаналізувати ефективність попередніх заходів, спрямованих на підготовку до здачі «Крок-1», оскільки результати моніторить не лише кафедра але й деканат медичного факультету.

Загальноуніверситетські заходи спрямовані більше на контроль засвоєння матеріалу і статистичний аналіз отриманих результатів з попереднім прогнозуванням рівня здачі «Крок-1» тим чи іншим курсом. Викладачі нашої кафедри залучаються до кожного з цих етапів: беруть участь при написанні студентами ректорських контрольних робіт у якості предметних консультантів, залучаються до проведення комплексних багатопредметних консультацій, згідно попередньо складеного розкладу, приймають участь у підготовці та вичитці буклетів для семестрового тестового іспиту, для попередження виникнення технічних помилок при складанні варіантів.

Однак методологічна та педагогічна складові є не єдиними факторами у досягненні успіху. Величезне значення має вихідний рівень знань студентів молодших курсів, результати здачі ними ЗНО з профільних предметів, оскільки інформація, отримувана ними на перших трьох курсах ВУЗу в значній мірі ґрунтується на знаннях із середньої школи, їх вмінні отримувати, аналізувати та засвоювати інформацію, в подальшому систематизовуючи дані та диференціюючи інформацію. Тому важливою ланкою успішної підготовки майбутнього фахівця-медика є достатній рівень вихідної базової підготовки, що забезпечується середньою школою.

Комплексний підхід до заходів спрямованих на підготовку студентів медичного факультету до здачі іспиту «Крок-1» після 3-го курсу, чітке методичне та практичне забезпечення кожного етапу, своєчасний аналіз успішності та заходи по її покращенню в цілому дають позитивні результати, що відображено у статистичних

показниках успішності здачі нашими студентами-медиками «Крок-1» за останні роки.

Тенденції переходу до страхової медицини у нашій країні вимагають від лікарів зваженого підходу до використання як лабораторно-діагностичних так і медикаментозних ресурсів, оскільки вартість медичної допомоги в деяких випадках, виходить на перше місце. З іншого боку, своєчасна профілактика преморбідних та коморбідних станів є запорукою зменшення показників захворюваності загалом [8,9,11]. Таким чином виникає необхідність у якісних та ґрунтовних знаннях, що повинні отримати майбутні медичні працівники під час фахової підготовки, починаючи з перших курсів медичних навчальних закладів.

Одним із факторів, котрі впливають на якість знань є їх адекватний та повномасштабний контроль. У липні 2019 році студенти медичних ВУЗів складали міжнародний іспит з основ медицини (IFOM). З питань проведення та підготовки до цього заходу точилася досить напружена дискусія. З одного боку, представники навчальних закладів та Міністерства обґрунтовували необхідність його проведення та вказували на його переваги та перспективи, з іншого – студенти, які протестували проти проведення цього іспиту та впливу його результатів на їх подальшу долю. Складали студенти-медики IFOM вперше як частину Єдиного державного кваліфікаційного іспиту. Складала тест і перевіряла успішність складання найавторитетніша у світі міжнародна атестаційна агенція – Національна рада медичних екзаменаторів (NMBE, США). Загалом IFOM склали 10099 студентів, що складає 77% від загальної кількості третьокурсників. Зокрема, майже 89% студентів складали IFOM українською мовою. Учасники робочої групи МОЗ України, яка проаналізувала успішність складання IFOM-2019, до складу якої увійшли представники провідних медичних ВУЗів України, підтвердили, що запровадження цього іспиту суттєво вплинуло на бачення розвитку медичної освіти усіма суб'єктами навчального процесу – як адміністраціями університетів, так і самими студентами. За словами заступника міністра охорони здоров'я О. Лінчевського (2018-2019 рр.) в – «Зважаючи на недоброчесність окремих студентів та суттєві недоліки в адмініструванні проведення іспиту, робоча група

дійшла висновку, що оцінки за IFOM-2019 не впливатимуть на долю студентів».

Наш ВУЗ за результатами здачі IFOM зайняв перше місце серед вищих медичних навчальних закладів України, однак і наші студенти свого часу протестували проти проведення цього заходу. Основним аргументом не на користь IFOM було те, що цей іспит не давав вітчизняним студентам ніяких переваг, за умови його успішної здачі з одного боку, а з іншого – питання з базових дисциплін, що виносились на нього охоплювали набагато більший обсяг інформації і її зміст не завжди був для них зрозумілим. Зокрема запитання з мікробіології, вірусології та імунології стосувалися у багатьох випадках таких збудників, які викликають природно-осередкові захворювання не властиві для нашої країни з одного боку, та аргументація правильних відповідей була на думку викладачів кафедри недостатньою, зокрема, для прикладу:

Приклад 1. Французький студент, який за обміном знаходився у місті поблизу річки Огайо поступив до місцевої лікарні з головним болем, лихоманкою, загальним нездужанням та непродуктивним кашлем. Він захворів через декілька днів після перебування та прибирання курнику, в якому багато років перебували сотні курей. Які з наступних мікроорганізмів, швидше за все, викликали його хворобу?

- A. *Actinomyces israelii*
- B. *Aspergillus fumigatus*
- C. *Candida albicans*
- D. *Coccidioides immitis*
- E. *Cryptococcus neoformans*
- F. *Histoplasma capsulatum*
- G. *Nocardia asteroides*
- H. *Sporothrix schenckii*

Правильна відповідь – «F». *Histoplasma capsulatum* - це гриб, який зазвичай знаходиться у ґрунті, забрудненому послідом птахів або кажанів, особливо в долинах річок Міссісіпі та Огайо. Інфекція я правило безсимптомна або пов'язана з лише легкими симптомами.

В поясненні до самого тесту зазначається що захворювання є з одного боку – природно-вогнищевим, властивим в основному для

США, з іншого – перебіг його є досить нетиповим малосимптомним, що робить його діагностику досить складною, а саме захворювання діагностується вкрай рідко.

Приклад 2. Хворому, який має ригідність потиличних м'язів та головний біль, проводять люмбальну пункцію. Спинно-мозкова рідина містить підвищену кількість лімфоцитів, що свідчить про попередній діагноз – вірусний менінгіт. Які з наступних груп вірусів найімовірніше його викликали?

- A. Аденовіруси
- B. Ентеровіруси
- C. Людські папіломавіруси
- D. Поксвіруси
- E. Реовіруси

Правильна відповідь «B». Вірусний менінгіт є досить поширеним (в США зустрічається 10000 випадків менінгіту на рік). Переважна більшість випадків зустрічається у осіб молодше 30 років. Зазвичай симптоми відносно легкі, а смерть – не часто. Найчастіше вірусний менінгіт викликається ентеровірусами, арбовірусами та вірусом простого герпесу типу I. Також до 10% пацієнтів з ВІЛ мають гострий менінгіт, як правило, в період сероконверсії.

В обґрунтуванні правильної відповіді доданого тесту вказана частота зустрічання даної хвороби серед пацієнтів у США, що є досить специфічним для певної країни і немає вирішального значення для населення нашої держави, і таких тестів є досить багато, при чому статистичні дані не завжди сучасні (наприклад, зустрічаються дані статистики частоти виявлення збудника 1990 року!).

Крім того, всі тести з використаної бази IFOM у 2019 році містять дуже багато клінічних даних, що відіграють вирішальну роль у виборі правильної відповіді, а студенти закінчивши 3-й курс медичних вітчизняних навчальних закладів, де вони вивчають фундаментальні дисципліни, не мають досить знань і клінічної практики для того, щоб адекватно інтерпретувати умову задачі. В той же час, ситуаційні задачі, котрі готують викладачі наших кафедр включають не лише клінічні дані, але й результати загальноприйнятих лабораторних досліджень, що в основному входить в обсяг інформації, яка подається на перших курсах, і дозволяє оцінити умову в повній мірі.

Підсумковим контролем знань з фундаментальних дисциплін в галузі медицини для студентів молодших курсів медичних ВУЗів є тестовий екзамен «Крок 1. Лікувальна справа» – майбутні лікарі. Методологія медичних ліцензійних іспитів, що застосовується в Україні, пройшла професійну експертизу в провідних атестаційних центрах світу: Національній Раді медичних екзаменаторів (NBME, США), Центрі медичної освіти (CME, Англія), а також в Інституті змісту і методів навчання МО України.

Рішенням всесвітньої конференції Програма ліцензійних іспитів України була рекомендована іншим країнам, які впроваджують ліцензійні або сертифікаційні іспити, як модель для використання. Отже, існуюча система оцінки знань також була розроблена за участі авторитетних міжнародних інстанцій і вже пройшла неодноразову апробацію в процесі використання. Але ті недоліки, що виявлені під час складання IFOM, очевидно є присутніми і при складанні іспиту «Крок-1». Зокрема, технічні моменти, пов'язані із організацією тестування (неточності та некоректні питання у базі, довготривале написання цього іспиту) не нові для нашої системи оцінювання знань. З іншого боку – питання недоброчесності деяких студентів, що були виявлені під час IFOM також є індивідуальними і могли зустрічатись і під час складання «Крок-1».

На нашу думку те, що студенти не можуть ознайомитись завчасно з питаннями і завчити їх – це добре, але така ж практика використовується і під час складання «Крок-1» (найменше 25% тестів для студентів кожного року додають нових до бази, які невідомі студентам). Тому розвиток клінічного мислення у студентів-медиків можна стимулювати і включаючи в базу тести з розширеною умовою та результатами методів діагностики, котрі вказані у вітчизняних підручниках, або посібниках, перекладених з іноземної мови, оскільки при складанні тесту до бази, викладач, що його створює вказує достовірне джерело, звідки студент може почерпнути докладну інформацію стосовно інтерпретації результатів та пояснення умови задачі. Ймовірно, такий метод є більш досконалим, в порівнянні із поясненням до тестів IFOM, що не містять посилань на джерело інформації і при їх розгляді студент може опиратись лише на дані

вказані у поясненні, які, як свідчать приведені вище приклади, не завжди є аргументованими.

Звичайно, аналіз тестових завдань, що передбачає IFOM виявив не лише недоліки у їх формулюванні, але і спонукав викладачів, зокрема нашої кафедри, до удосконалення та доповнення інформації, що надається студентам для підготовки до практичних занять. При перегляді вищевказаних тестів виявилось, що досить активно в них звертають увагу на умовно патогенну флору та її роль у розвитку патологій, зокрема у стаціонарних умовах, більш детально в закордонних тестах висвітлюють питання щодо морфології грибів та патології, котра ними викликається, менше уваги надається рідко реєстрованим захворюванням, зокрема особливо небезпечним інфекціям: чума, туляремія, бруцельоз, сибірка. Працівниками нашої кафедри були оперативно опрацьовані закордонні підручники, на базі яких склали тести IFOM та до матеріалів до підготовки до практичних занять були внесені відповідні доповнення, що стосуються певних збудників. Таким чином, студенти могли ознайомитись з цією інформацією і більш ґрунтовно підготуватись до тестового іспиту.

Підсумовуючи вищевказане, можна зазначити, що мікробіологія, вірусологія та імунологія є фундаментальним предметом для підготовки лікарів загальної практики сімейної медицини з кількох причин: по-перше - вона закладає підвалини знань про морфологію, фізіологію та біологічні властивості збудників інфекційних хвороб, котрі зустрічаються у практиці сімейних лікарів надзвичайно часто; по-друге – дає основу для розуміння імунологічних процесів, що відбуваються в організмі в нормі та при патології, зокрема при використанні вакцинних та сироваткових препаратів для лікування та профілактики інфекційних хвороб; по-третє – застосування сучасних методів контролю з використанням тестових іспитів, вимагає від викладачів кафедри забезпечення певного рівня клінічних знань, оскільки формування умови тестів, зазвичай, відбувається у вигляді клінічної ситуації, що може трапитись під час практичної діяльності. Крім того, сучасні реалії, зокрема пандемія COVID-19 та активація раніше подоланих інфекційних хвороб, таких як поліомієліт та дифтерія, вимагає від сімейного лікаря як теоретичних так і

практичних знань, що є необхідними в щоденній професійній діяльності. На думку викладачів нашої кафедри, крім викладання мікробіології, вірусології та імунології для студентів-медиків на II та III курсах, необхідно запровадити курс клінічної мікробіології для студентів VI курсу, оскільки на цьому етапі вони вже більш раціонально і свідомо будуть сприймати інформацію щодо особливостей забору матеріалу для бактеріологічного дослідження при певних патологіях, чи інтерпретації результатів бактеріологічного дослідження і їх значення для встановлення діагнозу чи визначення тактики лікування (проблема антибіотикорезистентності, вакцинації, застосування біологічних препаратів, тощо).

Використана література:

1. Вороненко Ю.В. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи // Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Ткаченко В.І., Медведовська Н.В., Краснов В.В. - Український медичний часопис online №3 (101) – V/VI -2014 (електронне видання).
2. Л.М. Стрільчук, І.В. Шумлянський, Л.А. Ільницька (2015). Якісна підготовка лікаря загальної практики-сімейної медицини – запорука успішності медичної реформи (огляд). Практикуючий лікар, (2), С. 75-77.
3. Коваль О.А. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні / О.А. Коваль, О.І. Ночвай // «Ефективна економіка». – 2014. – №4 (електронне видання).
4. Михайловська Н.П. Особливості реалізації «наскрізної програми» підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини на додипломному етапі. / Н.П. Михайловська //Буковинський медичний вісник. – 2014. – Том 18, №1 (69).
5. Вітенко І.С., Мельник І.В., Штанько С.В. (2011) Вимоги до сучасного українського підручника. Медична освіта, 2: с. 29–30.
6. Думанский Ю.В., Синяченко О.В., Игнатенко Г.А. (2013) Семейный врач (врач общей практики). Издательство Медуниверситета, Донецк, 253 с.
7. Ніколенко, Є., Сокруто, О., Вовк, К., Беляєва, Л., Ніколенко, О., Мартиненко, М., Александрова, Н. (2020). Досвід кафедри загальної практики – сімейної Медицини з підготовки сімейних лікарів. Проблеми сучасної освіти, (10), С. 128-132.
8. Бабінець Л. С. Успіхи і проблеми викладання сімейної медицини на додипломному етапі: досвід Тернопільського державного медичного університету / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, Н. Є. Боцюк та ін. // Сіме. йна медицина. - 2013. - №4. - С. 28-31.
9. Ханюков, О.О. та Смольянова, О.В. (2019) Використання методу логічних ігор при викладанні невідкладних станів у структурі

дисципліни “сімейна медицина”. Медична освіта, №1. С. 131-134. Сімейна медицина. - 2013. - №4. - С. 28-31.

10. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності: монографія / І.С. Вітенко. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – 132 с.

11. The Influence of Academic Discourses on Medical Students’ Identification With the Discipline of Family Medicine / C. Rodríguez, S. López-Roig, T. Pawlikowska [et al.] // Acad Med. – Nov 18. [Epub ahead of print] – 2014

Коцаба Ю.Я., Бабінець Л.С.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України**

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОТИЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ НА ЕТАПІ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) відноситься до найскладніших поліетіологічних і поліморбідних захворювань у клініці внутрішніх хвороб із тривалим рецидивуючим перебігом і, таким чином, пацієнти із ХП потребують тривалого як стаціонарного, так і амбулаторного лікування та реабілітації. Серед факторів, які потенційно здатні вплинути на перебіг і прогноз ХП, визначне місце займає ентеропанкреатичний синдром і, зокрема, дисбіоз товстої кишки (ДБК). Наявність і глибина ДБК значною мірою визначає тяжкість перебігу ХП, вираженість трофологічних розладів, а саме: полівітамінну і полімінеральну недостатність, анемію, вторинний імунodefіцит, остеопоротичні явища та ін. [4].

ДБК – це патологічний синдром, в основі якого лежать зміни кількісного і/чи якісного складу нормальної МФК, яка стає більш інвазивною та агресивною.

ДБК не є самостійною нозологічною одиницею і завжди виступає вторинним відносно основного захворювання, хоча часто супроводжується вираженими клінічними реакціями макроорганізму (Федоров С.П., 2006 р.).

ДБК супроводжується значними порушеннями процесів травлення та всмоктування харчових речовин, що в решті призводить до розвитку синдрому мальабсорбції, основними проявами якого є:

діарея; стеаторея; зниження маси тіла; недостатність вітамінів та мінералів.

Лікування ДБК – досить складне завдання, його доцільно починати з відновлення нормальної мікрофлори. Воно повинно включати комплексні заходи, які задовольняють декілька основних принципів (Парфьонов А.Н., 2002; Фьодоров С.П., 2006):

- усунення надмірного бактеріального обсіменіння тонкої кишки умовно-патогенною МФК;

- відновлення нормальної флори товстої кишки;

- покращення кишкового травлення та всмоктування;

- відновлення моторики кишківника;

- стимуляція реактивності організму.

На даний момент усі засоби для лікування ДБК поділяють на: пробіотики, пребіотики та симбіотики.

Пробіотики – це препарати чи дієтичні добавки, що містять живі культури мікроорганізмів, які входять до складу нормальної МФК здорової людини. Вони володіють вираженим бактерицидним ефектом і пригнічують ріст патогенних бактерій та агресивні штами умовно-патогенних мікроорганізмів (УПМ) [1].

Для підвищення ефективності комплексного лікування ДБК застосовують засоби немікробного походження, які селективно стимулюють ріст та метаболічну активність нормальної МФК – так звані пребіотики. До них можна віднести лактулозу, інουλін, лізоцим та ін. Такими ж властивостями володіють окремі харчові продукти (крупяни, кукурудзяні та вівсяні пластівці, хліб, цибуля, квасоля, банани, артишок та ін.).

Симбіотики – це засоби, отримані в результаті раціональної комбінації пробіотиків та пребіотиків (Бондаренко В.М., Воробйов А.А.).

Пробіотики мікробного походження — препарати, створені на основі компонентів нормальної мікрофлори кишок або мікроорганізмів з розвинутим антагонізмом щодо умовно-патогенної мікрофлори поділяють на 4 покоління:

- до I покоління належать класичні монокомпонентні препарати, що містять нормальну МФК;

– до II покоління — препарати конкурентної дії, які витісняють УПМ і надалі не колонізують кишки;

– до III покоління — полікомпонентні препарати нормофлори;

– до IV покоління — комбіновані препарати: біфідумбактерин форте, що складається з біфідобактерій, сорбованих на часточках активованого подрібненого вугілля; лактіале містить 7 штамів мікроорганізмів та поживне середовище, яке дозволяє вижити молочнокислим бактеріям під час просування їх від тонкої до товстої кишки.

Пребіотичний компонент комбінованих засобів представлений фруктоолігосахаридами, зокрема, інуліном. Інулін з точки зору біохімії – це полісахарид, що складається із залишків фруктози з одиничними залишками молекул глюкози.

Численні дослідження показали також, що зростання біфідобактерій на субстраті із фруктоолігосахаридів пригнічує розмноження патогенної флори - бактероїдів, клостридій, лістерій, шигел, сальмонел, холерного вібріона і кишкової палички [2].

Таким чином, **метою роботи** стало вивчення динаміки стану мікрофлори товстої кишки у пацієнтів з ХП під впливом різних схем лікування.

Матеріали і методи. У ході роботи використовували: загальноклінічні, клініко-анамнестичні, антропометричні, імуноферментний аналіз (визначення фекальної α -еластази, феритину в сироватці крові), біохімічні, бактеріологічний метод (вивчення мікробіоценозу товстого кишечника), ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, методи статистичного аналізу.

Результати дослідження.

Першу групу дослідження склали 37 хворих на ХП, що отримували загальноприйнятту схему лікування (ЗСЛ), затверджену наказом МОЗ України від 10.09.2014 №638 [3].

До цієї групи увійшло 21 (56,8%) жінок і 16 (43,2%) чоловіків. У 24 (64,9%) пацієнтів спостерігали легкий, у 11 (29,7%) – середнього ступеня, а в 2 (5,4%) – тяжкий перебіг ХП. У 12 хворих виявили ДБК 1 ст., у 13 осіб ДБК 2-3 ст., а також 12 пацієнтів, у яких не було виявлено дисбіотичних змін. Середній вік пацієнтів становив

(51,89±2,52) років, а середня тривалість захворювання – (10,00±1,20) років.

Друга група пацієнтів отримувала комплексну терапію із включенням курсу про- пребіотичного препарату (ППП) до ЗСЛ.

До неї увійшло 33 хворих на ХП: 16 (48,48%) жінок і 17 (51,52%) чоловіків, середній вік пацієнтів становив (47,21±1,87) років, середня тривалість захворювання у даних пацієнтів була на рівні (9,21±1,11) років. У 19 (57,6%) хворих цієї групи спостерігався легкий, у 13 (39,4%) – середнього ступеня, а в 1 (3,0%) – тяжкий перебіг ХП. У групі було 12 пацієнтів з ДБК 1 ст., 10 хворих із ДБК 2-3 ст. та 11 з нормальними параметрами МФК.

Вихідні дані за усіма дослідженими параметрами у 1-й та 2-й групах були співставними і достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

За отриманими даними, найбільший ефект комплексна терапія мала на розлади стільця – у всіх пацієнтів із закрепамми вони нормалізувалися, а проноси спостерігались в одному випадку. Також слід відмітити її достовірну ефективність і на іншу симптоматику: больовий синдром зменшився на 54,5%, диспепсія – на 66,7%, метеоризм – на 42,4%, нудота – на 36,4%, важкість – на 21,2%, астено-невротичні прояви – на 30,3%.

Проаналізувавши частоту загострень ХП протягом року в обстежених пацієнтів після застосування різних схем корекції, виявили, що у 2-й групі цей показник (2,52±0,10) разів/рік був достовірно нижчим ($p < 0,0001$), ніж у 1-й – (3,51±0,13) разів/рік.

Виявили достовірну ($p < 0,0001$) ефективність комплексної схеми терапії і на тривалість одного загострення: у 1-й групі – (22,92±0,82) днів, а в 2-й – (17,70±0,77) днів. Це підтверджує доцільність включення ППП в комплексну схему корекції ХП.

Наступним етапом було вивчення ефективності впливу комплексної терапії на стан якості життя (ЯЖ) у хворих на ХП за шкалами опитувальників GSRS та SF-36.

Проаналізувавши динаміку рівня ЯЖ за шкалами спеціалізованого гастроентерологічного опитувальника при застосуванні комплексної терапії із включенням ППП, встановили статистично достовірні ($p < 0,05$) зміни у 2-й групі стосовно таких до лікування за усіма параметрами, на відміну від 1-ї групи, де

достовірними виявилися зміни за трьома шкалами (абдомінальний біль, гастральний рефлюкс та диспепсія). Найбільш вагомим був ефект на шкалу діареї: (значення знизилося з $(10,00 \pm 0,71)$ балів до $(7,61 \pm 0,32)$ бали) та диспепсії (відповідно з $(14,39 \pm 0,42)$ балів до $(10,85 \pm 0,33)$ бали).

Порівнюючи дані після лікування у 1-й та 2-й групах, виявили, що достовірно ($p < 0,05$) ефективнішою виявилася комплексна терапія із використанням ППП. Найвиразнішими були зміни за шкалою діареї ($10,32 \pm 0,60$) бали у 1-й групі проти $(7,61 \pm 0,32)$ бали у 2-й групі, за шкалою констипації відповідно $(8,24 \pm 0,51)$ бали та $(6,21 \pm 0,30)$ бали, диспепсії – $(12,22 \pm 0,37)$ бали проти $(10,85 \pm 0,33)$ бали.

Аналізуючи рівень ЯЖ за шкалами опитувальника SF-36, встановили достовірні зміни значень рівня ЯЖ за параметрами опитувальника SF-36 у групі хворих на ХП під впливом поєднання ЗСЛ та ППП стосовно відповідних значень до початку терапії: рівень рольового функціонування у хворих на ХП зріс на 12,15 бали, фізичного функціонування – на 8,03 бали, інтенсивність болю – на 10,76 бали, загального стану здоров'я – на 7,34 бали, життєвої активності – на 6,61 бали, соціального функціонування – на 9,24 бали, емоційного функціонування – на 11,30 бали, психологічного здоров'я – на 11,09 бали.

Також встановили достовірну відмінність даних після лікування в обох групах: за шкалою рольового функціонування стан хворих на ХП у 2 групі покращився на 4,09 бали порівняно із 1-ю групою, фізичного функціонування – на 9,15 бали відповідно, інтенсивності болю – на 4,47 бали, загального стану здоров'я – на 8,70 бали, соціального функціонування – на 3,22 бали, емоційного функціонування – на 3,82 бали, психологічного здоров'я – на 11,01 бали. За шкалою життєвої активності, хоча і була позитивна динаміка, але її значення не було достовірним.

Далі провели порівняльний аналіз антропометричних параметрів та показників структурно-функціонального стану ПЗ під впливом ЗСЛ та комбінованої схеми лікування.

Аналізуючи дані, встановили, що комплексна терапія із включенням ППП мала достовірний ефект на динаміку рівня фекальної α -еластази, її рівень зріс із $(121,76 \pm 1,15)$ мкг/г до

(183,58±4,43) мкг/г, що свідчить про відновлення екзокринної функції ПЗ в обстежуваних хворих, також отримали достовірно позитивне зниження даних УЗД ПЗ із (3,48±0,16) бали до (1,61±0,10) бали та показників копрограми із (3,21±0,12) бали стало (2,00±0,12) бали. Повторне визначення ІМТ та ШЖСТ не виявило достовірних статистичних змін, проте ОМП достовірно зріс із (25,80±0,69) см до (26,22±0,64) см, що свідчить про початок відновлення соматичного пулу білка в організмі хворих на ХП.

Порівнюючи результати лікування у 1-й та 2-й групах, виявили достовірно переважання змін під впливом комплексної схеми лікування. Значення діастази зменшилося на 17,06 г/(год×л), амілази – на 6,72 мг/(год×мл), копрограми – на 0,49 бали, даних УЗД – на 0,99 бали.

Таким чином, було доведено достовірно вищий рівень ефективності комплексної терапії із включенням ППП у порівнянні з ЗСЛ.

Наступним етапом дослідження стало порівняння ефективності впливу запропонованих схем лікування на динаміку показників обміну заліза у хворих на ХП.

Проаналізувавши отримані результати, встановили достовірно ($p < 0,05$) зростання рівня гемоглобіну з (109,82±2,57) г/л до (129,73±1,67) г/л, еритроцитів з $(3,64 \pm 0,06) \cdot 10^{12}/л$ до $(4,17 \pm 0,07) \cdot 10^{12}/л$, сироваткового заліза з (10,01±0,75) мкмоль/л до (17,35±1,03) мкмоль/л, феритину з (37,06±5,06) нг/мл до (67,11±3,30) нг/мл, насичення трансферину залізом з (18,60±1,61)% до (33,24±2,73)% та зниження ЗЗЗС з (72,98±1,51) ммоль/л до (55,89±1,30) ммоль/л і ЛЗЗС з (60,06±2,42) ммоль/л до (38,33±2,28) ммоль/л, що вказує на відновлення показників обміну заліза та зменшення глибини проявів анемічного синдрому у хворих на ХП під впливом застосування комплексної терапії.

Результати лікування у 2-й групі хворих на ХП також достовірно були кращими таких в 1-й групі. Рівень гемоглобіну у 2-й групі переважав над таким у 1-й на 7,49 г/л, еритроцитів – відповідно на $0,31 \times 10^{12} /л$, загального білка – на 9,44 г/л, сироваткового заліза – на 4,37 мкмоль/л, НТЗ – на 9,72%; значення ШОЕ у 2-й групі було нижчим, ніж у 1-й – на 2,87 мм/год, ЗЗЗС – на 9,48 ммоль/л, ЛЗЗС – на

13,84 ммоль/л, трансферину – на 49,20 мг/дл. Достовірних змін за показником феритину не виявили.

Наступним етапом дослідження стало вивчення динаміки показників бактеріограм фекальних мас у хворих на ХП під впливом різних програм корекції.

У 1-й групі було 12 хворих з ДБК 1 ст., 13 осіб з ДБК 2-3 ст., а також 12 пацієнтів без ДБК, у 2-й групі – 12 пацієнтів з ДБК 1 ст., 10 хворих із ДБК 2-3 ст. та 11 з нормальними параметрами МФК, що вказує на співставимість вихідних даних.

Проаналізувавши отримані результати бакпосівів фекальних мас у хворих на ХП після застосування комплексної схеми лікування, встановили нормалізацію їх показників. Збільшилося число цукролітичної флори: лактобактерії – на порядок, біфідобактерії – на два порядки, на два порядки зменшилася загальна кількість *E.coli* та рівень *E.coli* зі зміненими ферментативними властивостями, кількість грибів та УПМ також зменшилася до нормальних рівнів, а патогенні гемолітичні мікроорганізми та золотистий стафілокок взагалі не висівалися.

Порівнюючи результати застосування обох схем лікування, також встановили достовірне ($p < 0,05$) покращення у 2-й групі за усіма параметрами, ніж у 1-й. Кількість лактобактерій у 2-й групі було на порядок більше, ніж в 1-й, біфідобактерій відповідно на два порядки, число *E.coli* та грибів було на порядок менше, а лактозонегативних *E.coli* – на два порядки, гемолітичних мікроорганізмів та УПМ – було на три порядки менше, а золотистих стафілококів – на чотири порядки.

Висновки. Проаналізувавши динаміку клініко-біохімічних показників у хворих на ХП під впливом комплексної терапії із включенням ППП, встановили:

– достовірне зростання рівня ЯЖ за усіма шкалами спеціалізованого опитувальника GSRS сумарно на 16,48% та за шкалами опитувальника SF-36 сумарно на 13,45%;

– достовірне зниження частоти загострень ХП на 28,21% та скорочення тривалості одного загострення – на 22,77%;

– достовірне зростання загального білка з $(66,30 \pm 1,54)$ г/л до $(76,45 \pm 1,08)$ г/л, феритину з $(37,06 \pm 5,06)$ нг/мл до $(76,04 \pm 3,52)$ нг/мл,

загального числа Т-лімфоцитів з $(46,45 \pm 0,83)\%$ до $(48,88 \pm 0,86)\%$ свідчить про відновлення вісцерального пулу білка, а збільшення ОМП із $(25,62 \pm 0,63)$ см до $(26,22 \pm 0,64)$ см – соматичного пулу, що констатувало зменшення протеїнової недостатності у хворих на ХП та нормалізацію трофологічного статусу пацієнтів;

– зростання рівня гемоглобіну з $(109,64 \pm 2,57)$ г/л до $(129,73 \pm 1,67)$ г/л, еритроцитів з $(3,64 \pm 0,06) \cdot 10^{12}/л$ до $(4,17 \pm 0,07) \cdot 10^{12}/л$, сироваткового заліза з $(10,01 \pm 0,75)$ мкмоль/л до $(17,56 \pm 1,08)$ мкмоль/л, феритину з $(59,27 \pm 7,34)$ нг/мл до $(77,56 \pm 7,30)$ нг/мл, насичення трансферину залізом з $(14,35 \pm 1,24)\%$ до $(28,82 \pm 2,18)\%$ та зниження ЗЗЗС з $(72,98 \pm 1,51)$ ммоль/л до $(63,39 \pm 1,26)$ ммоль/л і ЛЗЗС з $(62,98 \pm 2,12)$ ммоль/л до $(45,83 \pm 2,18)$ ммоль/л і трансферину з $(349,34 \pm 14,62)$ мг/дл до $(297,06 \pm 8,16)$ мг/дл довело відновлення запасів заліза в організмі хворих на ХП та зменшення глибини проявів анемічного синдрому;

– нормалізація показників МФК свідчить про ліквідацію ентеропанкреатичного синдрому, що стало підґрунтям та відновлення трофологічного статусу хворих на ХП.

Список використаної літератури

1. Бабінець Л.С. Клініко-патогенетичні предиктори формування полінутриєнтної недостатності при хронічних панкреатитах різної етіології, шляхи оптимізації профілактики та лікування.: автореф. Дис. докт. мед. наук: 14.01.02 / Л.С. Бабінець / Тернопільський держ. медичний ун-т ім.І.Я. Горбачевського. — Тернопіль, 2006. — 42 с.
2. Бабінець Л. С. Вплив зовнішньосекреторної функції підшлункової залози та інших параметрів на трофологічний статус пацієнтів із хронічним панкреатитом / Л.С. Бабінець, Ю.Я. Коцаба, І.М. Галабіцька // «Здобутки клінічної і експериментальної медицини». – ТДМУ: 2019. - №1. – с. 14-16.
3. Наказ МОЗ України від 10.09.2014 №638 («Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при хронічному панкреатиті»)
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового, вид. двадцять сьоме, змінене – Київ: Центр ДЗК, 2020. – 792 с.

Медвідь І.І., Герасимець І.І.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ЯК ЗАСІБ ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І СУПУТНІЙ ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Вступ. Вегетативні розлади, можуть стати як першою ланкою у формуванні нової патології, так і суттєво змінити звичних перебіг вже існуючого захворювання, зробивши його менш чутливим до загальноприйнятих методів лікування. Порухення симпатичної та парасимпатичної регуляції здатні по-різному проявляти свій вплив на організм і, відповідно, будуть сприяти формуванню різних патологічних процесів. Це обумовлює потребу вивчення особливостей вегетативної регуляції при поєднанні поширених соматичних захворювань (для дослідження нами обрані есенціальна гіпертензія і хронічний панкреатит) із оцінкою ефективності додаткового включення методів вегетокоорекції.

Мета дослідження. Оцінити вираженість вегетативних порушень при коморбідному перебігу есенціальної гіпертензії, розглянути доцільність включення вегетокоригуючих засобів.

Матеріали і методи дослідження. Для об'єктивної інструментальної оцінки параметрів вегетативної регуляції був обраний метод кардіоінтервалографії із визначенням варіабельності серцевого ритму (стандартних статистичних та спектральних показників) у стані спокою і після навантаження. Для встановлення доцільності корекції вегетативних розладів сформовані окремі групи пацієнтів, котрі додатково проходили курс поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації або приймали вегетостабілізуючий препарат мебікар.

Результати й обговорення. Виявлені більш істотні порушення вегетативної регуляції при поєднанні есенціальної гіпертензії та

хронічного панкреатиту, що проявлялись у вигляді перевищуючих норму значень показника активності регуляторних систем ($(5,38 \pm 0,20)$ бали) із атиповим реагуванням на ортостатичну пробу (автономна реактивність – $0,59 \pm 0,03$). Особливо прогностично-несприятливим було зниження загальної потужності спектру ($700,1 \pm 44,1$) мс². Даний показник у 31 із 96 пацієнтів не перевищував 400 мс², що вважається незалежним предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень та розцінюється еквівалентно ураженню органів-мішеней.

Достовірної динаміки спектральних показників серед пацієнтів, які приймали виключно загальноприйнятий комплекс лікування, не спостерігалось. Тільки додаткове включення мебікару та курсу рефлексотерапії викликало зміну спектральних показників, приводячи до достовірного ($p < 0,001$) збільшення загальної потужності спектру на 927,6 мс² із поліпшенням його складу за рахунок відновлення нормотонії, достовірного ($p < 0,001$) зниження частки гуморально-метаболических впливів на 23,57%, нормалізацією автономної реактивності.

Отримані дані з позиції вегетативної регуляції дозволяють пояснити причину більш несприятливого перебігу есенціальної гіпертензії з супутнім хронічним панкреатитом та менш вираженого ефекту загальноприйнятого методу лікування, що проводилось без огляду на корекцію вегетативних порушень.

Висновки. Встановлено, що застосування в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на есенціальну гіпертензію у поєднанні із супутнім хронічним панкреатитом комплексу з використанням мебікару та різнометалевої аплікації сприяє статистично значимому регресу вегетативного дисбалансу, що позитивно вплинуло на стан пацієнтів.

*Андрейчин С.М., Кучер С.В., Ярема Н.З.,
Ганьбергер І.І., Мудра У.О.*

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Лікарі витрачають велику кількість часу, щоб на основі скарг пацієнта, даних анамнезу, огляду, лабораторних та інструментальних даних поставити правильний діагноз. Але в багатьох випадках вони можуть лише припускати, що діагноз є вірним, чим стверджувати це з усією достовірністю. З позиції доказової медицини медики повинні виражати свою впевненість у діагнозі через вірогідність, тобто розуміти математичну суть діагностичної цінності тестів.

Ми живемо в вік інформаційного буму. В клінічну практику постійно впроваджується велика кількість нових методів діагностики. В багатьох випадках результати їх є часто неоднозначними. Студенти та молоді лікарі, які не мають досвіду обстеження хворих нерідко підпадають під вплив суб'єктивних факторів і у них легко формуються невірні уяви по обстеженню хворих та методах їх інтерпретації.

Мета нашої роботи – якомога ширше впровадити принципи доказової медицини в лікувальну роботу клініки пропедевтики внутрішніх хвороб.

Виходячи з цього, завжди пам'ятаємо, що можливими є чотири варіанти інтерпретації результатів тесту. Правильна відповідь – позитивний результат при наявності захворювання, або від'ємний при його відсутності. Відповідь помилкова, якщо результат тесту позитивний (хибнопозитивний), хоча пацієнт є здоровим, або негативним (хибнонегативним) хоча людина є хворою.

Оцінку точності тесту даємо по-можливості після порівняння результатів з “золотим стандартом”, пам'ятаючи, що він не є абсолютним. Використовуючи більш прості методи діагностики, завжди усвідомлюємо, що йдемо на ризик постановки помилкового діагнозу.

Завжди проводимо більш глибокі обстеження при попередніх від'ємних результатах. У нашій практиці не використовуємо тестів,

якщо немає інформації про результати їх застосування в осіб, що не мають захворювання. Пам'ятаємо про наслідки застосування недосконалих стандартів та що для деяких захворювань строгі критерії діагностики є відсутніми. Це все спонукає ще до більш поглибленого та всебічного обстеження.

При оцінці та використанні тестів завжди враховуємо їх чутливість і специфічність, компроміс між цими показниками, та факторами, які їх визначають (обмеження можливостей методів, за допомогою яких оцінюють характеристики нового тесту, характеристики пацієнтів, систематична та випадкова помилка).

Велику увагу надаємо прогностичній цінності тестів, що дає нам можливість дати відповідь на запитання: “Які шанси, що даний пацієнт страждає (не страждає) певним захворюванням, якщо у нього результат тесту позитивний (негативний)“. Пам'ятаємо, що прогностична цінність залежить від чутливості, специфічності та розповсюдження захворювання в досліджувальній популяції.

В нашій роботі також враховуємо відношення правдоподібності, завдяки чому можемо оцінити в скільки разів вища або нижча вірогідність отримати даний результат тесту у хворих чим у здорових. В залежності від стану пацієнта використовуємо як паралельні, так і послідовні тести.

Таким чином, лише комплексний підхід до впровадження принципів доказової медицини дасть змогу максимально об'єктивізувати діагностику внутрішніх хвороб і тим самим створити умови для високоефективного лікування пацієнтів.

Рябоконт С.С., Рябоконт М.О., Романюк Н.Є., Романюк Л.М.

***Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України***

РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ В НАДАННІ СОЦІАЛЬНОЇ ПОСЛУГИ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ

На початку третього тисячоліття високий рівень захворюваності і смертності населення від різних хвороб та поширення соціально

небезпечних інфекційних захворювань викликають стурбованість світового співтовариства через масштаби та швидкість їх поширення в суспільстві [7]. Даний показник зростає навіть у економічно розвинених країнах з високим рівнем розвитку системи охорони здоров'я та соціального захисту населення [11, 13]. Зазначені зміни призвели до того, що впродовж останніх десятиріч в європейських країнах, у зв'язку із глибокими демографічними та соціальними змінами, розвинулася несприятлива демографічна ситуація. Тому суттєво зростає актуальність створення і розвитку систем і служб надання паліативної і хоспісної допомоги хворим на хронічні захворювання, що загрожують життю пацієнта, та у термінальних стадіях перебігу захворювань, особливо, людям похилого віку і дітям [9].

Означена ситуація впродовж останніх десятиріч є притаманною і для України, в нас один з найвищих в Європі рівень смертності населення [10, 14]. Спостерігається невинне старіння населення і зростання питомої ваги осіб похилого віку, які потребують ПХД в кінці життя; зростання рівня захворюваності та смертності від онкологічних захворювань та важких інкурабельних, хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі з вираженим хронічним больовим синдромом; поширення мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ, ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів В і С; наявність значної кількості дітей з вродженими вадами розвитку, онкологічними та генетичними захворюваннями; поширення дегенеративних і посттравматичних уражень нервової системи та опорно-рухового апарату, у тому числі асоційованих з віком та внаслідок бойових дій на Сході України [1, 8, 14].

МЕТА: медико-соціальний аналіз і визначення організаційних аспектів сучасного стану та пріоритетних напрямків розвитку системи ПХД в Тернопільській області в умовах реформування системи охорони здоров'я України; обґрунтування залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам, у тому числі вдома, що сприятиме розробці та запровадженню в Україні сучасної ефективної та доступної системи ПХД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ: Для виконання роботи були використані дані медичної статистики, проаналізована та використана вітчизняна та закордонна наукова література, нормативно-правові документи, медико-статистичні дані та звіти МОЗ України і регіональних управлінь охорони здоров'я. У роботі застосовані такі методи дослідження: інформаційно-аналітичний, структурно-логічний аналіз, порівняльний контент-аналіз, статистичний, соціологічний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ:

Аналіз літературних джерел, даних медичної статистики та результатів соціологічного дослідження свідчать, про актуальність створення і розвитку доступної, якісної та ефективної системи надання ПХД населенню в Україні

Законодавчою базою для розвитку системи ПХД населенню в нашій державі є насамперед Конституція України і Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» №2801-ХІІ від 19.11.1992 р. (зі змінами і доповненнями) [2].

У 2011 році вперше за роки незалежності нашої держави в Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я України щодо вдосконалення надання медичної допомоги» №3611-VI від 07.07.2011 р. у розділі V (стаття 35-4) якого паліативну допомогу визначено як окремий вид медичної допомоги на рівні з екстреною, первинною, вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою) та медичною реабілітацією [5].

В Законі зазначено: «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей».

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.» [3, 5]

Наступним кроком стало затвердження наказом МОЗ України №311 від 25.04.2012 р. уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розробленого на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю». У цьому протоколі визначені дії ЛЗП-СЛ щодо контролю болю в паліативних пацієнтів.

Наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. №755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» визначив, що одним із завдань ЛЗП-СЛ у центрах та амбулаторіях первинної медичної (медико-санітарної) допомоги є надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у тому числі виконання знеболювальних заходів із використанням наркотичних речовин.

На виконання Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. №3612-VI було видано наказ МОЗ України від 07.11.2011 р. №768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я «Хоспіс», виїзної бригади з надання паліативної допомоги «Хоспіс вдома», паліативного відділення». Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» були затверджені «Методичні рекомендації щодо розрахунку потреби населення у первинній, вторинній, третинній, екстреній та паліативній медичній допомозі».

Важливими нормативно-правовими актами для залучення ЛЗП-СЛ до надання ПХД на дому є Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. №333 «Про порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», що суттєво спрощує застосування наркотичних анальгетиків та

покращує доступність пацієнтів до знеболювання, особливо в амбулаторних умовах. Наказом МОЗ України від 01.02.2013 р. №77 «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів та внесення змін у реєстраційні матеріали» до Переліку зареєстрованих лікарських засобів Державного реєстру лікарських засобів України було внесено морфін сульфат у таблетках, що є вагомим кроком на шляху поліпшення доступності паліативних пацієнтів до ефективного знеболювання в Україні. Наказом МОЗ України від 21.01.2013 р. №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» і «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги».

Україна, ставши на шлях інтеграції у Європейське співтовариство, в умовах реформування національної системи охорони здоров'я враховує досвід розвинутих країн. З метою створення сучасної вітчизняної системи ПХД за європейськими стандартами МОЗ України в 2016 р. розроблений проект «Стратегії розвитку паліативної допомоги в Україні на період до 2027 року» та відповідний план заходів щодо її реалізації. [13, 14]

Отже, створюється потужне нормативно-правове поле, у рамках якого має розвиватися вітчизняна паліативна та хоспісна допомога.

За допомогою системно-історичного аналізу понад півстолітнього досвіду розвитку ПХД у світі визначено основні нозологічні критерії статусу дорослих паліативних пацієнтів. Проте в Україні у зв'язку з недостатнім фінансуванням паліативної та хоспісної допомоги, на її отримання можуть претендувати пацієнти з наступними нозологіями:

– хворі на злоякісні новоутворення на III-IV стадії розвитку захворювання IV клінічної групи;

– пацієнти з прогресуючими хронічними неінфекційними захворюваннями у термінальній стадії або з обмеженим прогнозом тривалості життя, зокрема: при тяжкій хронічній серцевій, легеневій та нирковій недостатності, церебросудинних захворюваннях (значних функціональних порушеннях після інсульту), глибоких посттравматичних та пов'язаних з віком нейро-дегенеративних розладах і деменціях тощо;

– пацієнти з інкурабельними інфекційними хворобами, зокрема СНІД, ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ, тяжкими формами та у

термінальних стадіях мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) та туберкульозу з розширеною резистентністю (РРТБ), вірусних гепатитів В і С, тощо;

– родичі паліативних пацієнтів як у період надання ПХД і паліативного догляду, так і у період скорботи (після смерті ПП).

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та авторитетних міжнародних неурядових фахових організацій при наданні ПХД слід застосовувати цілісний мультидисциплінарний та міжсекторальний підхід, при якому медичні працівники й немедичні фахівці (соціальні працівники, психологи, юристи та інші) та волонтери, друзі й близькі пацієнта, у тому числі сусіди, а також, за бажанням пацієнта, священнослужителі відповідних конфесій співпрацюють, взаємодоповнюючи один одного, координують між собою усі види допомоги, що надається паліативному пацієнту, а також членам його родини [15, 16, 17, 18].

Спираючись на світовий досвід у нашій країні впроваджують трирівневу модель надання ПХД, адаптовану до умов національної системи охорони здоров'я. Стратегічною метою концепції системи надання ПХД населенню в Україні є реалізація конституційного права громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу і забезпечення максимально досяжної якості життя, шляхом надання гарантованої державою доступної, якісної та ефективної ПХД на усіх рівнях надання медичної допомоги.

Первинна неспеціалізована ПХД – надається на початковому етапі після постановки діагнозу інкурабельного захворювання. ПХД надається одночасно (паралельно) з етіопатогенетичним лікуванням. Заходи ПХД є складовою частиною клінічного протоколу лікування і здійснюються лікуючим лікарем і лікарем загальної практики-сімейним лікарем. На цьому рівні визначають адекватні методи контролю хронічного больового синдрому та симптомів порушень діяльності органів і систем організму; забезпечують принципи ефективного спілкування з пацієнтом і його рідними; психологічну, релігійну/духовну підтримку; На цьому етапі відбувається консультування, інформування та навчання паліативних пацієнтів і членів його сім'ї; координація та співпраця із закладами соціального захисту населення, благодійними фондами, волонтерами [12].

Загальна паліативна допомога – надається при прогресуванні інкурабельного захворювання, разом з продовженням хворобомодифікуючої терапії. Як правило, ПХД надає лікуючий лікар разом з персоналом мультидисциплінарної бригади ПХД в стаціонарних Зкладах охорони здоров'я різного профілю. Хоча, за бажанням ПП, може надаватися вдома разом з медичними працівниками закладів охорони здоров'я первинної ланки.

Спеціалізована ПХД (хоспісна допомога або «допомога наприкінці життя») – надається інкурабельним пацієнтам з тяжкими порушеннями діяльності органів і систем організму, в декомпенсованих і термінальних стадіях захворювання, при розвитку депресивних та інших психоемоційних розладів, обмеження рухової активності і здатності до самообслуговування, коли пацієнту виставляється 6-тимісячний прогноз тривалості життя та з моменту припинення хворобомодифікуючої терапії. Лікування та догляд фокусуються повністю на контролі симптомів і забезпеченні комфорту та максимально досяжної якості життя хворого і членів його сім'ї. Усі складові ПХД (медична, психологічна, соціальна і духовна допомога) надаються у спеціалізованому стаціонарному закладі охорони здоров'я – хоспісі; у відділенні/палаті паліативної медицини або в амбулаторних умовах - вдома, разом з медичними працівниками закладів охорони здоров'я первинної ланки - відповідно до потреб і бажань пацієнта та членів його сім'ї [3, 4].

Існуюча мережа та потужність Закладів Охорони Здоров'я, які надають ПХД, вкрай недостатня, зокрема: станом на 01.01.2019 р. спеціалізована стаціонарна ПХД в Україні надавалась у 2 центрах ПХД (у м. Івано-Франківську і м. Харкові) і 17 лікарнях «Хоспіс», в яких було розгорнуто 567 ліжок для ПП, 1 лікарні сестринського догляду та у 68 відділеннях ПХД у ЗОЗ (Закладів Охорони Здоров'я) різного профілю, в яких було розгорнуто 1626 ліжок ПХД, і на 31 ліжку паліативного догляду в закладі системи соціального захисту. Заклади ПХД педіатричного профілю функціонують лише у 5 містах України. Усього в Україні функціонують 2736 ліжок для Паліативних Пацієнтів, що становить 64,3% від потреби. Крім цього, за даними ВООЗ, у найближчі 10 -15 років спостерігатиметься зростання потреби у паліативній допомозі ще на 20% [6].

Рішенням Тернопільської обласної ради №71 від 10 лютого 2016 року проведено реорганізацію Тернопільської обласної комунальної протитуберкульозної лікарні в комунальну установу «Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс». Розпочав свою роботу 4 травня 2016 року. В ньому розгорнуто стаціонар на 30 ліжок. Obviously this number is not sufficient for the whole region. So *palliative care* will be improved within the frame of the achievement of the *Sustainable Development Goals* in particular goal 3 (good health and well-being).

На жаль, через відсутність необхідної кількості закладів ПХД та брак підготовлених кадрів, доступність стаціонарної ПХД для більшості пацієнтів області, які її потребують, залишається недостатньою. Тому більшість паліативних пацієнтів завершують своє біологічне життя вдома, під наглядом ЛЗП-СЛ.

Забезпечення доступності ПХД вимагає від ЛЗП-СЛ навичок оптимальної організації міжсекторальної та міжвідомчої координації й співпраці для впровадження ефективної служби ПХД на рівні первинної медичної допомоги, оскільки, наприклад, паліативні пацієнти похилого та старечого віку перебувають одночасно у сфері діяльності як закладів охорони здоров'я, так і установ соціального захисту населення, хворими на СНІД опікуються спеціалізовані заклади — Центри боротьби та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, онкологічними хворими — спеціалізовані онкологічні диспансери та лікарні тощо.

Висновок: Отже, створюється потужне нормативно-правове поле, у рамках якого розвивається вітчизняна паліативна та хоспісна допомога. Однак доступність стаціонарної ПХД для більшості пацієнтів, які її потребують, залишається недостатньою. Практично відсутня в Україні й служба ПХД на дому, тому мешканці сільської місцевості поки що взагалі не можуть її отримати.

Базуючись на стратегії розвитку України, враховуючи стан і особливості організації, першочерговими для Тернопільщини є вирішення наступних завдань: Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Тернопільській області шляхом наближення даного виду допомоги до населення; оновлення матеріальної бази закладу та забезпечення згідно табеля оснащення; акцентування профілактики соціальних захворювань в розрізі сфер впливу; створення належних

умов життєдіяльності населення; пошук альтернативних джерел фінансування, визначених діючою законодавчою; оптимізація використання бюджетних асигнувань шляхом, економії енергоносіїв, перегляд системи забезпечення ліками та виробами медичного призначення; формування в медпрацівників стереотипу діяльності на ефективність, а не на кількісний показник; створення виїзної мультидисциплінарної служби для надання амбулаторної паліативної допомоги.

Список використаної літератури

1. Вороненко Ю. В. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, В. М. Князевич, О. В. Заволока, Ю. І. Губський, Р. О. Моїсеєнко [та ін.] // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. / За ред. В.В.Шафранського; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». – К., 2016. – с. 284-301.
2. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – №1 (2). – С. 63–75.
3. Вороненко Ю. В. Паліативна допомога як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти. Матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конфер. // За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком». – 2013. – С. 49–62.
4. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. - 2015. - N 2(2) – С. 23–30.
5. Губський Ю. І. Паліативна медична допомога в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медикоюридичні та клініко-фармацевтичні питання. Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конфер. 22-24.04.2015 р. / За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: Талком. – 2015. – С. 9–31.
6. Державний комітет статистики України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
7. Князевич В. М. Перспективи розвитку паліативної допомоги в Україні / В.М.Князевич // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – №2. – С. 131–134.

8. Царенко А.В Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / Царенко А.В., Гойда Н.Г., Гулюський Ю.І. // Здоров'я суспільства. – 2019. - №2 – С. 49-57
9. Чайковська В. В. Методологічні засади проведення курсу «Основи довготривалого і паліативного догляду за хворими та внутрішньо переміщеними особами літнього віку» (на допомогу навчальним закладам II–IV рівня акредитації) / В. В. Чайковська, Т. І. Вялих, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. - 2018. - №1 (7). - С. 36-46.
10. Чепелевська Л. А., Рудницький О. П. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 с.
11. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України в ХХІ столітті / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – №1 (47). – С.48–52.
12. Шекера О. Г. Модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної допомоги пацієнтам вдома / О.Г.Шекера, А.В.Царенко, Ю.І.Губський // Здоров'я суспільства. – 2014. – Т. 3. – №1–2. – С. 29–35.
13. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні 2017 р. / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 р.
14. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.
15. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. – World Health Organization, 2016. – 172 p.
16. WPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life // Edited by Connor S. R., Bermedo M. C. S. – World Health Organization, 2014. – 111 p.
17. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care // European Journal of Palliative Care. – 2010; 17(1) – P. 22 – 33.
18. Council of Europe. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода (12 ноября 2003 г.). – Совет Европы. – 2004. – 89 с.

Маляр О.М.

Науковий керівник - д.мед.н., професор Опарін О.А.
Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра терапії, ревматології та клінічної фармакології

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ОЖИРІННЯ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Вступ. На сьогодні відмічається стійка тенденція до розповсюдження ГЕРХ, зокрема серед осіб молодого віку. Цьому сприяють зловживання шкідливою їжею, сидячий спосіб життя, постійний стрес. Поєднана патологія ГЕРХ із ожирінням значно знижують якість життя та працездатність пацієнтів.

Мета дослідження. Дослідити якість життя у хворих на ГЕРХ.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 50 пацієнтів, яких розподілили на 3 групи: 1-а група нараховувала 14 хворих на ГЕРХ без супутньої патології, віком від 20 до 35 років, 2-га група налічувала 16 хворих на ГЕРХ із ожирінням I ступеню (ІМТ=30-34,9), віком від 19 до 35 років та контрольна група, до якої ввійшло 20 практично здорових осіб 18-30 років. Діагноз ГЕРХ було встановлено на основі МКХ-10, рекомендацій клініки Мейо та Монреальського всесвітнього консенсусу 2006 року, хворий фіксував печію один і більше разів на тиждень останні півроку, анамнезу захворювання та життя, результатів інструментального обстеження ФГДС, рН-метрії (набряк та гіперемія слизової), рентгенографії, даних опитувальника GERDQ. Критерії вилучення з дослідження: наявність іншої супутньої патології, ускладнені форми ГЕРХ, ендокринопатії, вагітність. Для визначення рівня якості життя використовувався загальний опитувальник SF-36, обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою Microsoft Office Excel 2007, Statistica 6.0.

Результати й обговорення. Аналіз отриманих результатів опитування виявив, що показники якості життя хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням були достовірно нижчими за показники не тільки контрольної групи, а й результати хворих на ГЕРХ без супутньої патології. Загальний індекс фізичного здоров'я хворих 1-ї групи становив $43,34 \pm 1,75$ балів, психічного здоров'я - $35,66 \pm 1,71$ балів. Загальний індекс фізичного здоров'я хворих 2-ї групи - $55,13 \pm 2,08$

балів, психічного здоров'я - $52,4 \pm 2,32$ балів. Також простежується чітка кореляційна залежність між ступенем зниження якості життя та тяжкістю клінічної картини.

Висновки. У хворих на ГЕРХ спостерігається зниження показників якості життя, зокрема найнижчі показники зафіксовано у хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням. Отримані результати підтверджують, що ожиріння грає важливу роль не тільки в погіршенні перебігу ГЕРХ, а й у зниженні якості життя.

Гніздюх Р.В., Шманько В.В.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА T786C ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ ТА ГЕНА A1166C РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНУ II ПЕРШОГО ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У МЕШКАНЦІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Протягом останніх років накопичено багато даних, які свідчать, що генетичні чинники можуть відігравати суттєву роль у розвитку АГ. У багатьох дослідженнях доведено, що розбіжності у розподілі генотипів можуть суттєво коливатися у різних етнічних групах, тому асоціація тих або інших поліморфних маркерів із розвитком АГ не завжди збігається в різних популяціях, що робить дослідження для кожної етнічної та популяційної групи значущими. Тому виникає необхідність індивідуалізації терапії оскільки лікарські засоби виявляються неефективними у 10-75% пацієнтів з АГ і часто викликають загрозові для життя побічні ефекти.

Мета дослідження. Вивчити вплив поліморфізмів A1166C-гена рецептора ангіотензину II першого типу та T786C- промотора гена ендотеліальної NO-синтази на розвиток та перебіг артеріальної гіпертензії.

Матеріали і методи дослідження. Нами було обстежено 35 хворих з АГ (20 жінок та 15 чоловіків), які знаходились на лікуванні та обстеженні у терапевтичному відділенні Козівської ЦРЛ (Центральна районна лікарня). Середній вік обстежуваних становив

63,35±10,1 років. Критерієм включення в дослідження було наявність артеріальної гіпертензії I-II стадії. У дослідження не включали пацієнтів з інфарктом міокарда та інсультом в анамнезі, вродженими або набутими вадами серця, порушеннями ритму та провідності, серцевою недостатністю III – IV функціонального класів за NYHA, хронічним обструктивним захворюванням легень, цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок, онкологічними та психічними захворюваннями. Усім хворим проводили такі дослідження: вимірювання маси тіла та зросту, офісного АТ, добове моніторування АТ (оцінювали середні показники систолічного АТ та діастолічного АТ за добу), електрокардіографію (ЕКГ), ультразвукове дослідження серця. Генотипування генів ендотеліальної NO синтази та генів рецепторів ангіотензину II 1 типу виконали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції.

Результати й обговорення. В ході дослідження з'ясувалося, що у носіїв С-алелю (СС+АС-генотип) А1166С-гена рецептора ангіотензину II першого типу показники середньодобового САТ та ДАТ на 12,5% та 8% відповідно вищі ніж у носіїв А-алелю. Також наявність СС-генотипу поліморфізму Т-786С промотора гена ендотеліальної eNOs визначає більші високі значення САТ та ДАТ на 14,1% та 9% ніж у носіїв Т-алелю. За результатами УЗД серця наявність С-алелю А1166С та С-алелю Т-786С пов'язано достовірно більшою товщиною задньої стінки лівого шлуночка на 13,5% і 14,5% у порівнянні з носіями А та Т-алелей відповідних генів ($p < 0,05$).

Отримані результати свідчать про вплив молекулярно-генетичних факторів на розвиток та перебіг АГ. Таким чином, подальше вивчення генетики цієї хвороби дасть змогу виявляти групи ризику, прогнозувати перебіг АГ, появу ускладнень та проводити вчасну, фармакогенетично детерміновану, терапію. Це буде підставою до індивідуального підходу вибору лікарських препаратів на основі генетичних особливостей організму з метою створення унікального генетичного паспорта для лікування та контролю за здоров'ям пацієнтів з АГ.

Висновки. Результати дослідження показали, що поліморфізми А1166С-гена рецептора ангіотензину II першого типу та Т786С-промотора гена ендотеліальної NO-синтази асоційовані з розвитком

артеріальної гіпертензії. Наявність С поліморфізму T786C та A1166C пов'язані з вищими середньодобовими рівнями САТ та ДАТ, а також розвитком уражень органів-мішеней.

Кулянда О.О.,
Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського
Габрусєв В.Ю.,
Тернопільський національний педагогічний університет імені
Володимира Гнатюка
Грод І.М.,
Тернопільський національний педагогічний університет імені
Володимира Гнатюка

ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНОГО МОДУЛЯ ДІЯЛЬНОСТІ «УРОК» У СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ НАВЧАЛЬНИМ КОНТЕНТОМ «MOODLE»

Вступ.

Процес навчання, методика навчання завжди визначаються розвитком інформаційно-комунікаційних технологій зокрема технологій доставки знань, засобами зберігання та передавання інформації від одного покоління до іншого. Дане твердження особливо актуальне у період кризових ситуацій, коли неможливо організувати традиційний навчальний процес в аудиторіях, а необхідно використовувати дистанційне, онлайн, навчання. Якщо пригадати докнижковий період, методика навчання реалізовувалася за допомогою спостереження, усної розповіді, дискусії. Пізніше з винайденням писемності, книгодрукування змінилися форми і методи навчання, вони стали орієнтуватися на засоби письма, книги. Ці методи навчання достатньо розвинулися і постійно вдосконалюються і сьогодні. Доступність Інтернет-технологій для населення радикально змінило ситуацію стосовно отримання та зберігання інформації [2, 3].

Очевидно, що діяльність є успішною навіть в умовах онлайн навчання, якщо вона здійснюється звичними засобами та у комфортних соціальних умовах за відсутності відволікаючих чинників, інформаційного шуму [4]. Враховуючи вище сказане, стосовно навчання можна окреслити три тези, які дозволяють організувати навчальний процес із урахуванням сучасних умов:

1) засоби навчання повинні включати звичні для студентів інструменти отримання та зберігання інформації: комп'ютер, планшет, електронна книжка;

2) навчальне середовище повинно бути соціальним, забезпечуючи спілкування між студентами і викладачем;

3) навчання повинно бути інтерактивним, адаптивним. Навчальний процес повинен вибудовуватися згідно персональної навчальної траєкторії студента.

4) в основу навчальної діяльності покладається вміння шукати необхідну інформацію, її класифікувати та аналізувати.

Під час організації електронного (онлайн) навчання сформульовані тези є визначальними, що є особливо актуальними для організації дистанційного навчального процесу для під час глобальної пандемії COVID-19 [1].

Запровадження карантинних заходів змусило терміново вжити заходів для переходу до дистанційної форми навчання зокрема для проведення до онлайн навчальних заходів. Розглядаючи дистанційну форму навчання необхідно зазначити, що дистанційне навчання передбачає не лише надання доступу до навчальних ресурсів зокрема теоретичного матеріалу, завдань для виконання, тестових завдань, систему комунікації між викладачами та студентами. Основним засобом, для організації електронного навчання слугує електронний курс у системі управління навчальними ресурсами (СУНР), що є проміжною ланкою між викладачем та студентом під здійснення час електронного (дистанційного навчання) і повинен виконувати декілька функцій, зокрема інформаційну, діяльнісну, комунікаційну та контролюючу [4].

У більшості випадків електронний курс реалізує лінійну ідеологію, яка передбачає лише послідовне опрацювання та виконання поданих інформаційних та діяльнісних ресурсів без будь якого врахування інтерактивності та адаптивності навчального процесу. Хоча сучасні системи управління навчальними ресурсами, зокрема MOODLE, містить діяльнісні компоненти для організації адаптивного, інтерактивного навчання, наприклад модуль “Урок” [6, 7].

Мета дослідження. Показати можливості електронного курсу як основної складової частини навчально-виховного процесу, що містить навчально-методичне призначення та використовується для забезпечення навчальної діяльності студентів.

Матеріал і методи дослідження. Використання інтерактивного модуля діяльності “Урок” в СДО Moodle як одного з головних елементів інформаційно-освітнього середовища університету.

Результати й обговорення.

Інтерактивний модуль діяльності “Урок” в СДО Moodle є серією HTML- сторінок, з’єднаних заданими переходами. Є два основних типи сторінок уроку: сторінки контенту (вмісту), сторінки питань (тестових завдань). Основна відмінність між лекцією та іншими модулями СДО Moodle пов’язана з її адаптивністю. З цим інструментом кожен вибір студента може супроводжуватися відповідними коментарями викладача і відсиланням студента на різні сторінки в цьому уроці. З таким плануванням урок може представляти теоретичний матеріал та контрольні завдання для перевірки його засвоєння для кожного студента в автоматичному режимі, без додаткових дій з боку викладача. В результаті проходження уроку і виконання проміжних завдань в журналі оцінок студента з’являється відповідний бал.

Загалом цей модуль діяльності у якійсь мірі подібний до проведення аудиторного заняття, коли викладач здійснює подачу нового матеріалу і час від часу опитує студентів на предмет розуміння викладеного матеріалу. Створення діяльності “Урок” подібне до створення будь якої іншої діяльності у системі управління навчальними ресурсами Moodle.

1. Переходимо у режим редагування нашого курсу.
2. Відкриваємо панель «Додати діяльність або ресурси».
3. У вкладці «Ресурси» вибираємо «Урок» (рис.1).

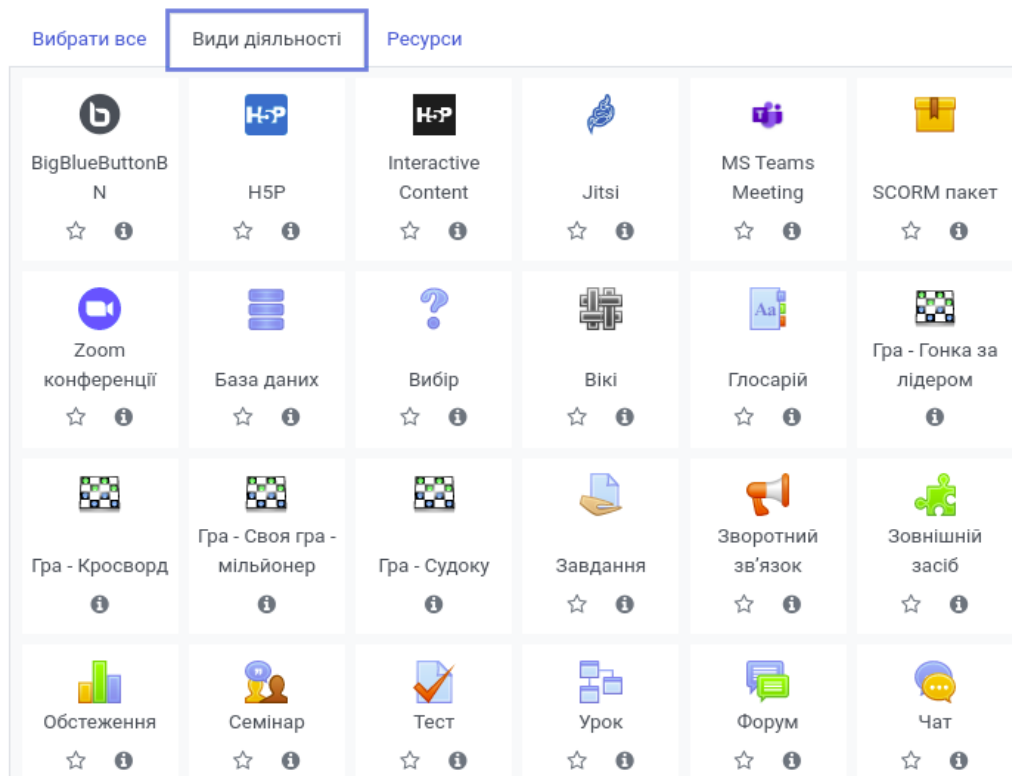


Рис. 1. Вибір інтерактивної діяльності «Урок».

Після додавання діяльності «Урок» у електронному курсі відкрита сторінка із загальними налаштування модуля (рис.2).

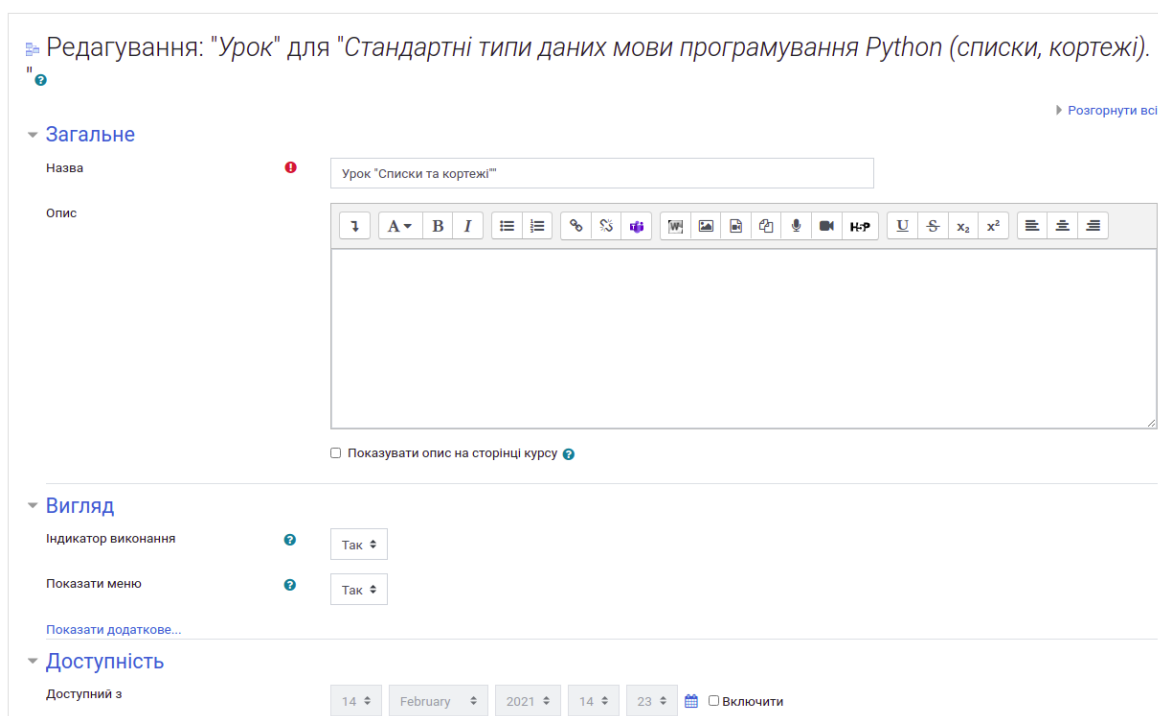


Рис.2. Налаштування інтерактивного модуля діяльності «Урок».

У відкритому вікні необхідно виконати загальні налаштування уроку:

1) у секції «Загальне» вказати назву уроку;

2) у секції «Зовнішній вигляд» налаштовуємо параметри зовнішнього вигляду створеного уроку, зокрема видимість студентам індикатора виконання, поточний бал, число переходів та інше;

3) у секції «Доступність» можна встановлюємо дату і час початку та закінчення уроку, а також задати обмеження проходження уроку за часом.

4) у секції «Управління обміном даних - встановлюємо можливості доступу до уроку, кількості спроб та інше;

5) у секції «Оцінка» - налаштовуємо критерії оцінювання: тип оцінки (бали або шкала), максимальний бал за виконання «Уроку» і до якої категорії журналу буде включена оцінка, можна вибрати, чи можуть проходити лекцію студенти більш ніж один раз. А також налаштувати параметри тренувального уроку.

6) Інші секції наслідують налаштування електронного курсу і суттєвих змін не потребують. Зокрема «Загальні налаштування модуля» - налаштування доступності уроку (показати / приховати), «Обмежити доступ» - параметри, які визначають, коли студенти можуть отримати доступ до елемента курсу за посиланням зі сторінки курсу.

7) Кнопки “Зберегти й повернутися до курсу”, “Зберегти й показати”, “Скасувати”, збереження налаштувань і повернення до нашого курсу, збереження налаштувань уроку і перехід до редагування змістової частини уроку, вийти з налаштувань уроку без збереження відповідно.

Майже всі секції мають додаткові налаштування які доступні після обрання посилання “Показати додаткове” (рис.3).

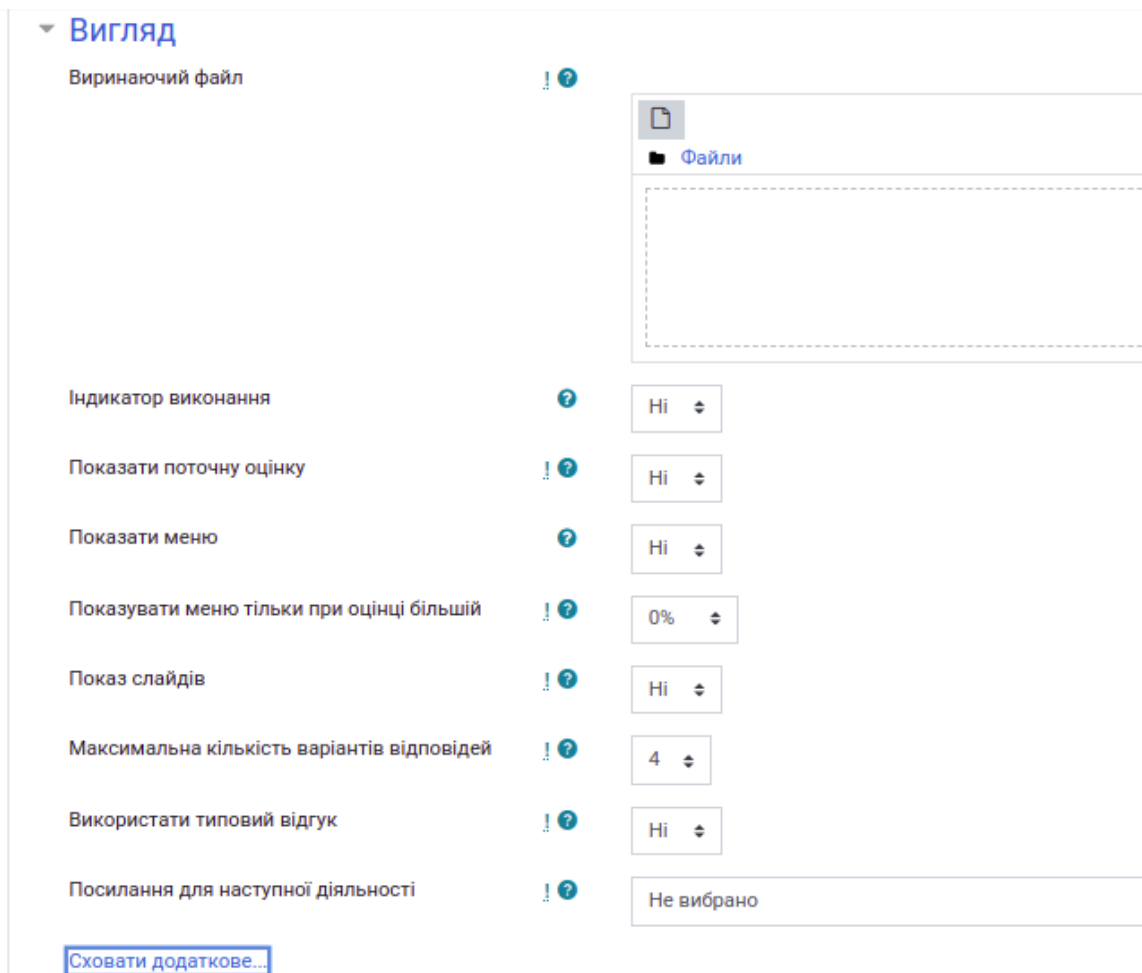


Рис. 3. Додаткові налаштування секції Вигляд інтерактивного модуля “Урок”.

Після збереження налаштувань на сторінці нашого курсу буде створено посилання на ресурс “Урок”.

Приклад створення інтерактивної діяльності.

Розглянемо створення інтерактивної діяльності “Урок” на прикладі теми “Списки та кортежі” для дисципліни “Мова програмування Python” [5].

Планування уроку.

Урок складається з сторінок, які можуть мати вміст, який студенту необхідно прочитати, і питання, на які потрібно відповісти. Питання можуть бути створені викладачем безпосередньо в самій уроку або імпортовані з уже існуючого файлу. Викладач визначає порядок, в якому з’являються сторінки і питання, а також переходи між сторінками. Необхідно заздалегідь чітко уявляти, який сценарій роботи студента буде реалізовано у створюваному уроці:

1) традиційний лінійний сценарій навчанням з оцінкою або нелінійний з практичною сесією без оцінки;

2) наявність можливості студентам повторно пройти якісь частини уроку, відповісти на питання кілька разів чи ні.

Додавання вмісту (контенту) до уроку.

Після створення макету уроку та налаштування параметрів необхідно натиснути кнопку «Зберегти і показати», після чого завантажиться сторінка додавання вмісту уроку (контенту) і тестових завдань різної форми (питань). Якщо обрати «Зберегти і повернутися до курсу», то буде здійснено перехід на головну сторінку курсу, з якої також можна зайти в редагування, як вмісту, так і налаштувань уроку (рис. 4).

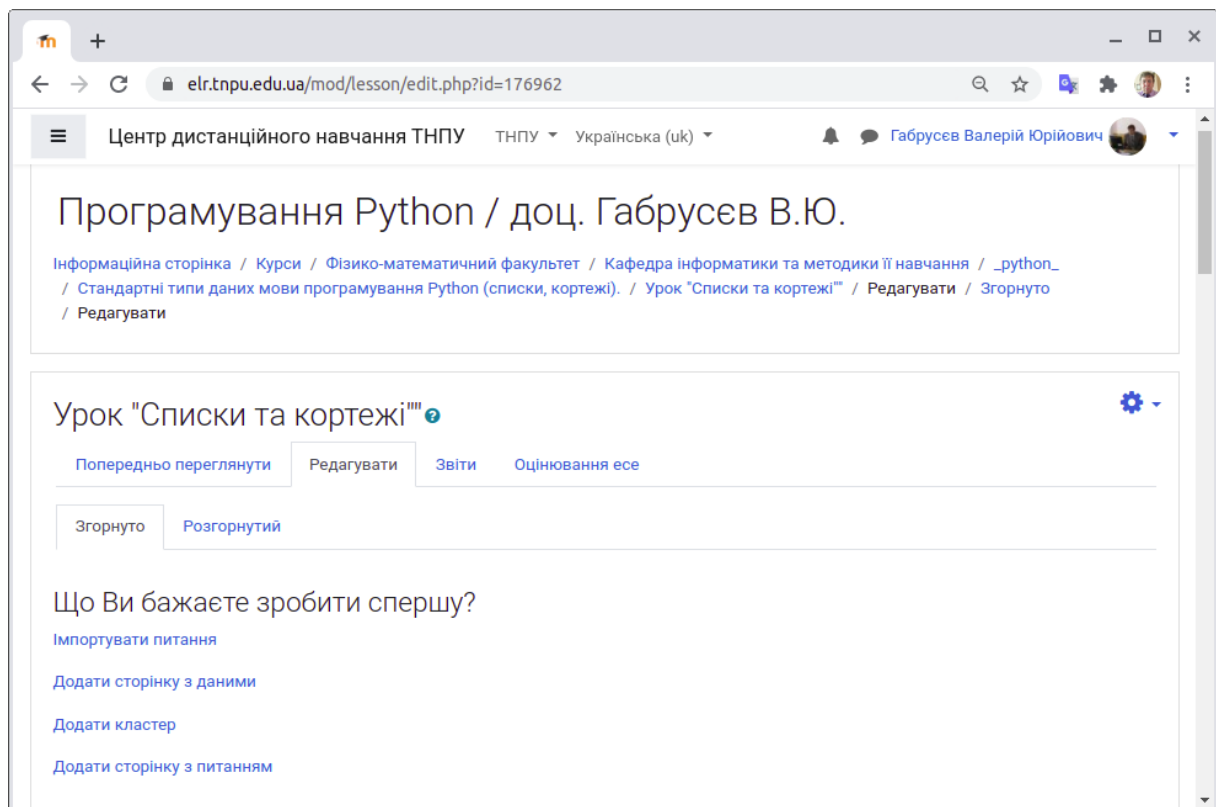


Рис.4. Початкова сторінка додавання контенту до інтерактивного модуля діяльності “Урок”.

Додати сторінку з даними. Обравши цю опцію, перейдемо до створення сторінки, на якій можна надати інформацію потрібну для вивчення та просування по уроку, не вимагаючи від студента відповіді на конкретні питання. Студенту буде відображено заголовок

сторінки, деяку інформацію і згодом одну (або більше) кнопку внизу для вибору переходу. Редагування створеної сторінки починається відразу після її додавання в лекцію у формі, що відкрилася (рис. 5).

▼ Додати сторінку з даними

Заголовок сторінки

Вміст сторінок

Розташувати кнопки вмісту горизонтально?

Показувати у меню?

▼ Вміст 1

Опис

Перехід

▼ Вміст 2

Опис

Перехід

Рис. 5. Додавання нової сторінки з даними до для інтерактивного модуля діяльності “Урок”.

Заголовок сторінки відображається перед студентом у верхній частині сторінки при перегляді уроку. Викладач також побачить цей заголовок в режимі згорнутого редагування, коли він працює з цією лекцією, а також в подальшому - в спадаючому меню, що дозволяє їх вибирати при налаштуванні переходів між сторінками.

Вміст сторінки. Це безпосередньо навчальний контент сторінки, де розміщується інформація для студентів, використовуючи звичний текстовий редактор і його мультимедійні засоби.

Секція “Вміст ...”. Містить параметри для налаштування переходів між сторінками контенту:

Опис. Текст заголовку кнопки-посилань для переходу до наступної частини уроку, буду відображенні на сторінці уроку.

Перехід. Вибір з випадаючого списку сторінки для переходу студентів після натиснення кнопки, яка буде відображена на сторінці курсу, і буде сформована з цього опису.

Для вибору, у цьому списку, будуть відображені всі сторінки створені викладачем для створюваного уроку. Коли студент обере кнопку опису, його буде переведено на сторінку, пов'язану з цією клавішею. Наприклад, клавіша з назвою «назад» або «повернутися» пов'язана з поверненням на попередню сторінку, а клавіша «далі» або «продовжити» - на наступну.

Можна налаштувати, залежно від сценарію уроку, інші переходи, наприклад, до конкретних тем або на початок уроку, в кінець уроку і т.п.

Викладач може помітити позначкою спеціальне віконце, щоб кнопки розмістились горизонтально внизу сторінки, або прибрати позначку, щоб вони розташувалися вертикально. Число доступних опцій для налаштування переходів між сторінками уроку буде залежати від налаштувань «Максимальне число відповідей/переходів» в налаштуваннях зовнішнього вигляду уроку.

Після наповнення сторінки вмістом і налаштування переходів необхідно натиснути кнопку «Зберегти сторінку»

Додавання питань

Увесь урок або певна його частина (підтема) зазвичай закінчується одним або кількома питаннями (завданнями). Кожна відповідь на питання пов'язана з переходом. Перехід може бути відносним (наприклад, «Поточна сторінка» або «Наступна сторінка») або абсолютним (із зазначенням будь-якої із створених сторінок уроку). Картка-рубрикатор - це сторінка уроку, яка містить набір посилань на інші сторінки, наприклад, зміст. Можливі два варіанти додавання завдань в урок.

Перший варіант - додавання в урок кластера із завданнями і питаннями, з якого система буде пред'являти їх кожному студенту в довільному порядку.

Другий варіант - додавання в урок завдань і питань, які повинні бути виконані кожним студентом в чітко визначеному порядку, який є однаковим для всіх студентів.

У першому випадку кожен студент отримує свій індивідуальний набір завдань в довільному порядку, у-другому - однаковий. Розглянемо обидва варіанти.

Додати сторінку з питаннями

Завантажитесь сторінка з вибиранням типу запитання для уроку. Урок підтримує кілька різних типів питань, які обираються із випадаючого списку (рис. 6).

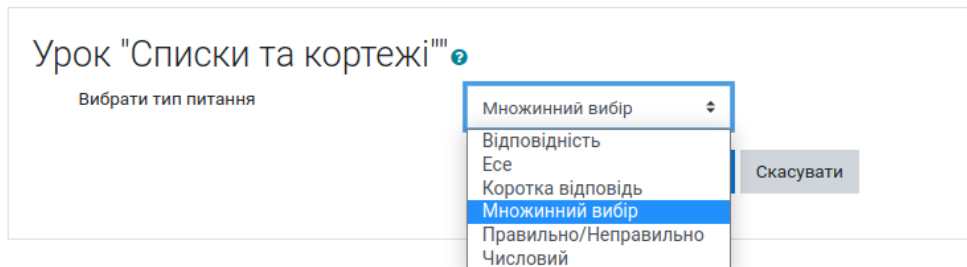


Рис.6. Вибір типу питання до інтерактивного модуля діяльності “Урок”.

Можна вибрати одне з різних типів запитань, які будуть згодом додані в якості сторінок в ваш урок. Аналогічну дію можна здійснити в режимі редагування уроку, додаючи питання відразу після завантаженої сторінки з контентом, після вивчення якого студент повинен відповісти на питання або виконати завдання.

Сторінка з питанням подібна за формою сторінці з контентом і включає налаштування: Тема - назва, яку студент побачить у верхній частині сторінки питань (наприклад, «Контрольне запитання» або «Завдання до Теми 1»); зміст сторінки - власне питання, текст тестового завдання; відповіді на завдання; перехід в залежності від обраної відповіді. Після внесення змін, сторінку з питанням необхідно зберегти. Кількість відповідей та коментарів до них задається параметром «Максимальне число відповідей/переходів» в налаштуваннях зовнішнього вигляду уроку.

Інтерактивний модуль діяльності “Урок” підтримує кілька типів питань, але необхідно зазначити, що ці питання жодним чином не пов’язані з питаннями модуля Тест:

Відповідність. Цей тип дозволяє вам встановити списки, які повинні бути співставлені з іншими списками, наприклад, термінів і їх визначень і т.п. Студент повинен співставити все правильно, щоб отримати підсумкову оцінку.

Есе. За допомогою додавання цієї форми завдання всередині або в кінці уроку студенти можуть написати розгорнуту відповідь (есе) на задану тему, і вона повинна бути оцінена викладачем вручну.

Коротка відповідь. Це завдання відкритої форми, що відноситься до досить складних і виключає елемент вгадування правильної відповіді, оскільки відповідь дається самим піддослідним (студентом). Студент повинен надрукувати в віконце відповідь з єдиного слова або короткої фрази. Викладач повинен передбачити можливі відповіді і ввести їх у відповідні віконця для завдання шаблонів відповідей, використовуючи, якщо буде потрібно, групові символи «**».

Множинний вибір. Це закрита форма тестових завдань, яка найбільш часто використовується викладачами. Студенту задається питання і пропонується перелік відповідей. Перелік відповідей буде змінюватись щоразу, як тільки питання буде переглядатися студентом. За замовчуванням він вибирає одну відповідь, але ви можете позначити відміткою віконце «Кілька відповідей», щоб дозволити йому вибрати більше однієї відповіді.

Правильно / Неправильно. Альтернативна форма тестового завдання, яка застосовується для швидкої перевірки засвоєння матеріалів уроку. Завдання формулюється як ствердження. Студент повинен вибрати одну відповідь з двох: вірно чи ні. Ступінь вгадування правильної відповіді в завданнях такого типу дорівнює 50%, тому вони недостатньо інформативні.

Числовий. Ця опція вимагає числа в якості відповіді. Число всередині параметру значень може бути також прийнято в якості правильного. Для розділення параметру значень, який повинен використовуватися, - двокрапка. Наприклад, щоб в якості правильної відповіді прийняти будь-яке число між 10 і 12 (10, 11 і 12) вам потрібно набрати 10:12 У віконці «Answer (відповідь)».

Завершення уроку.

Після завершення завантаження в урок сторінок з контентом і сторінок з питаннями, необхідно привести урок до завершення. Для цього виберіть опцію «Кінець уроку» з меню, що випадає на відповідній сторінці. Студент згодом побачить універсальне

повідомлення з посиланням на основну сторінку курсу або на перегляд журналу оцінок.

Робота з уроком з правами студента.

Студент, відкривши урок на основній сторінці курсу, побачить першу (вступну) сторінку з однією або більше кнопками, вибираючи які, він здійснює шлях по уроку, який він бажає пройти. Відображення на екрані може змінюватися відповідно до того, як викладач встановив налаштуваннями уроку (рис. 7). Наприклад, буде відображатися чи ні список сторінок в нижній частині; поточна накопичена підсумкова оцінка. Студенти просуваються по уроку або зі сторінками вмісту (інформацією, яка не оцінюється), або зі сторінками різного типу питань (які можуть бути оцінені). Коли використовується сторінка питань, наступна сторінка дає коментар на відповідь студента і перехід до певної сторінки уроку, якщо це передбачено викладачем.

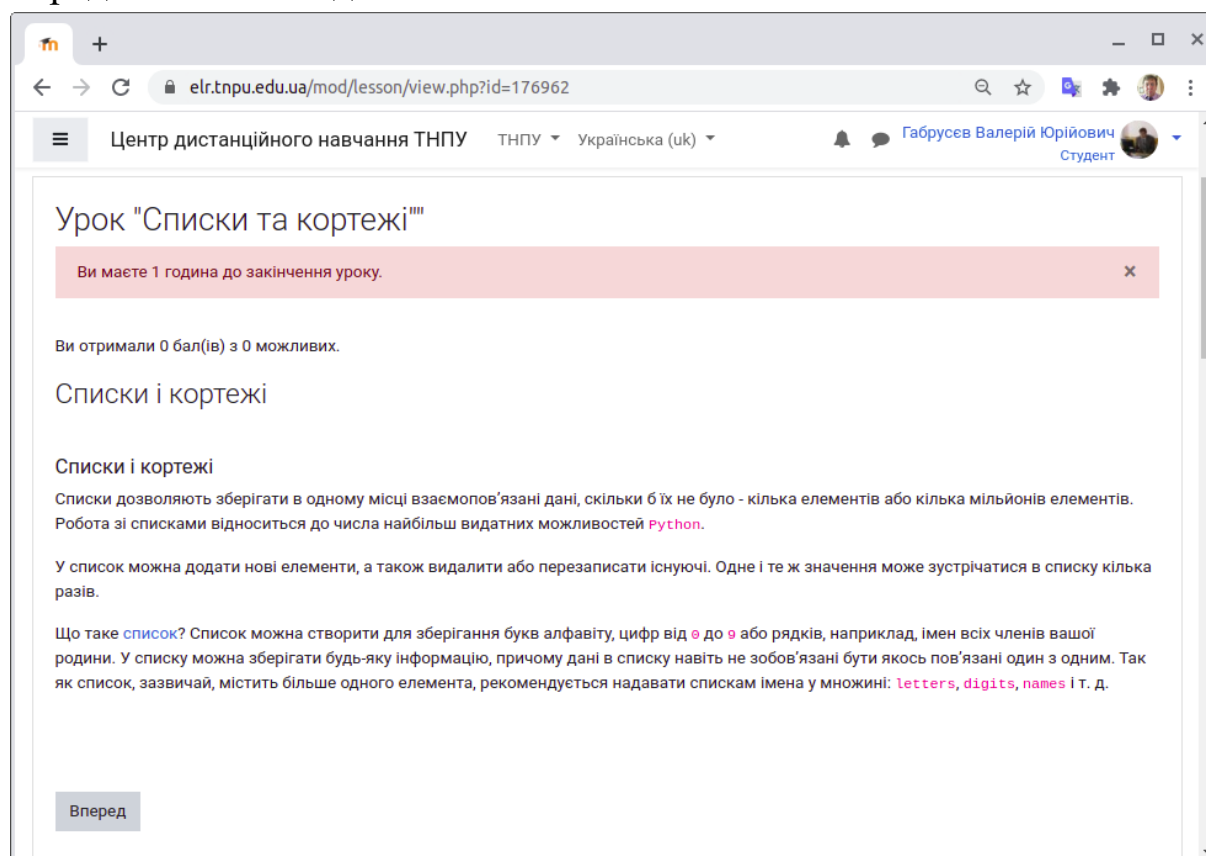


Рис. 7. Відображення інтерактивного модуля діяльності “Урок” для студента

Урок закінчується, коли студент виконає усі завдання, які встановив викладач. Це можуть бути правильні відповіді на конкретний перелік питань, переходи по конкретному ряду сторінок з контентом (текстом, аудіо, відео), або проходження певного навігаційного шляху. З'являється підсумкова сторінка, де студент може перевірити свою оцінку, якщо йому дозволено це, і повернутися на основну сторінку курсу (рис. 8).

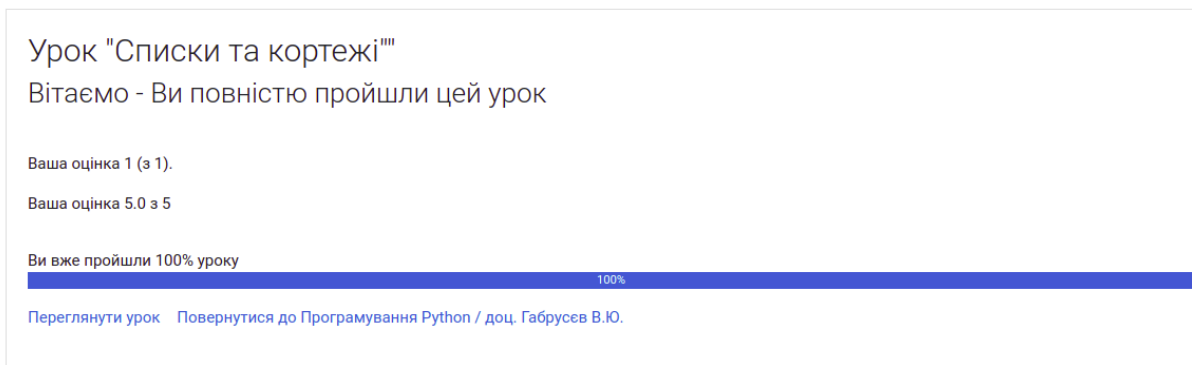


Рис. 8. Відображення результатів виконання завдань інтерактивного модуля діяльності “Урок” для студента

Робота з уроком з правами викладача

Викладач, клікнувши по назві уроку, побачить вгорі вкладки, які дають можливість попереднього перегляду, редагування, перегляду звітів або оцінки есе в уроці (рис. 9).

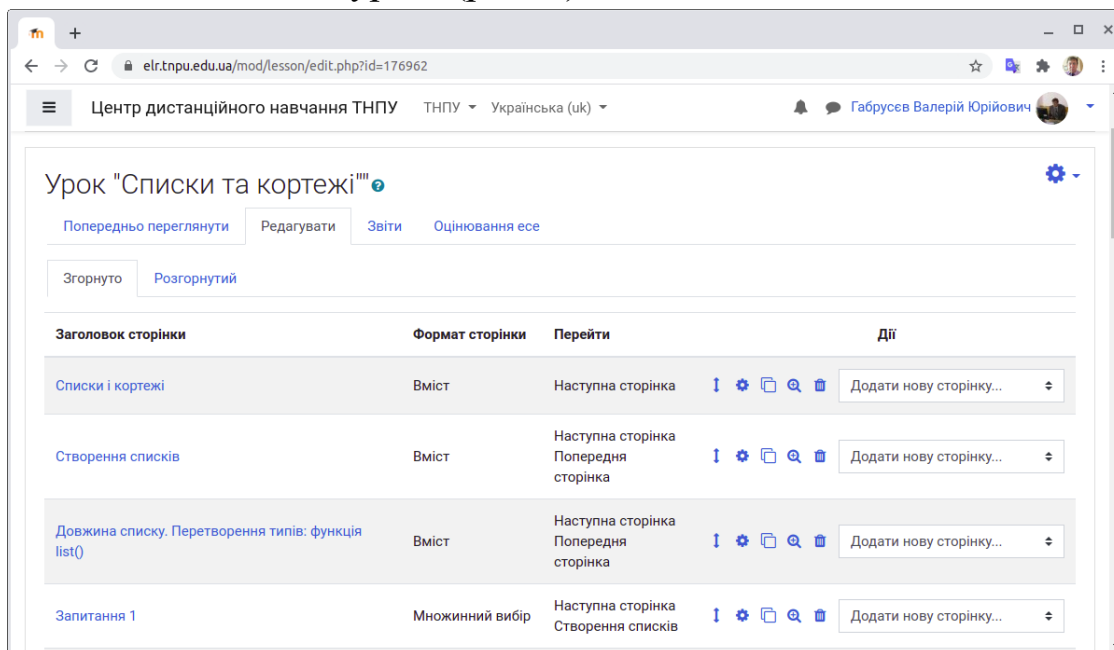


Рис. 9. Відображення інтерактивного модуля діяльності “Урок” для викладача

Вкладка “Перегляд”. У вкладці урок відкривається в режимі попереднього перегляду для викладача. Однак, вона не відобразить результатів підсумкового оцінювання, якщо викладач не переключить свою роль на роль студента.

Вкладка “Редагувати”. Вкладка «Редагувати» дозволяє викладачеві внести зміни в урок відразу після того, як він був створений. Існують два режими редагування:

1) згорнуто. Подано лише заголовки і типи сторінок, переходи, клавіші для переміщення, редагування, перегляду і видалення сторінок, а також список дій з ними у випадяючому меню.

2) розгорнуто - весь зміст уроку (сторінки і питання) є для перегляду і редагування на одній сторінці

Вкладка “Звіти”. Вкладка звіти відображає виконання студентами уроку за допомогою додаткових вкладок «Переглянути» і «Детальна статистика».

На сторінці вкладки “Переглянути” виводиться список усіх студентів, які виконували інтерактивний урок, включаючи всі спроби (якщо дозволено більше однієї), дати і точний час початку виконання (рис. 10).

На сторінці вкладки “Детальна статистика” наводиться статистика відповідей групи (класу) на кожне з питань уроку.

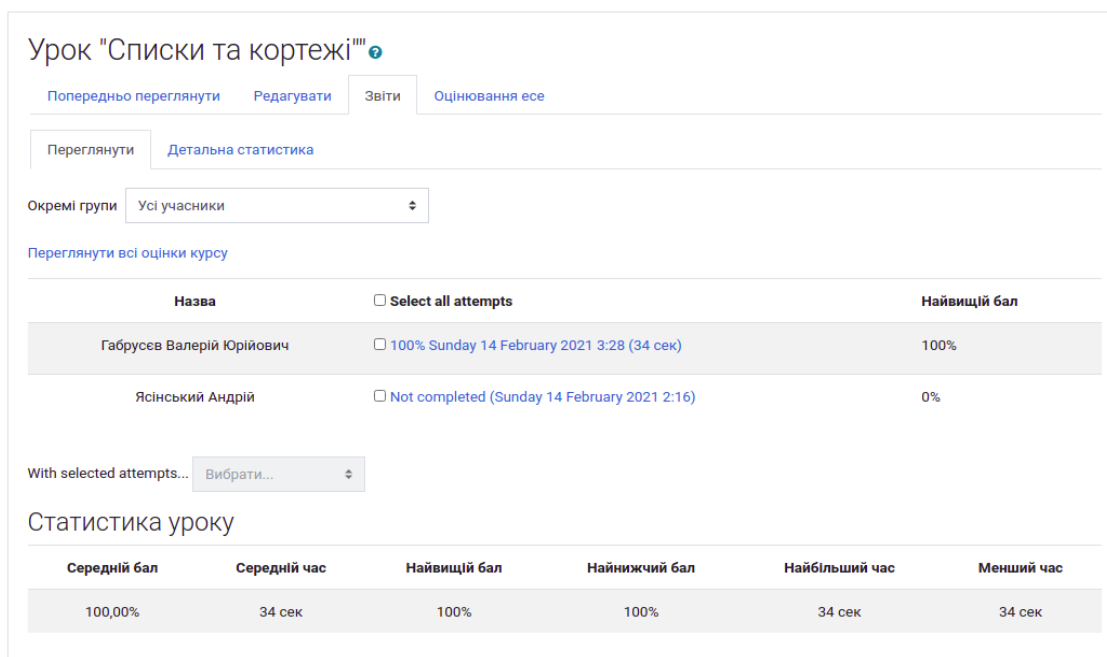


Рис. 10. Перегляд результатів виконання студентами завдань інтерактивного модуля діяльності “Урок”.

За допомогою посилань на конкретній спробі студента, викладач може переглянути відповіді студентів на конкретні питання. Можна вилучити спробу студента пройти урок, зазначивши її позначкою у відповідному віконці і вибравши далі з випадаючого меню “З обраними спробами...” обравши “Видалити виділені”. На цій же вкладці можна також побачити загальну статистику уроку: Середній бал, Середній час, Вищий результат, Нижчий бал, Найбільший час, Найменший час.

Вкладка “Оцінити Есе”. Всі завдання типу есе, які були завантажені в цю лекцію, можуть бути доступні і оцінені в цій вкладці.

Оцінювання уроку.

Урок, який необхідно оцінити, повинен мати як мінімум одне питання, за яке студент може отримати підсумкову оцінку. Оцінки обчислюються після завершення уроку студентом і зберігаються для кожної спроби. Якщо в налаштуваннях уроку заданий найвищий бал, то в журналі оцінок буде записано саме цю оцінку.

Висновки.

Електронний курс - сукупність інтегрованих між собою електронних освітніх ресурсів та освітніх послуг, створених для організації індивідуального та групового навчання з використанням інфокомунікаційних технологій для вивчення навчальної дисципліни в повному обсязі передбаченому навчальною програмою. Електронний курс є складовою частиною навчально-виховного процесу і містить навчально-методичне призначення та використовується для забезпечення навчальної діяльності студентів і вважається одним з головних елементів інформаційно-освітнього середовища університету. Використання інтерактивного модуля діяльності “Урок”, як одного із компонентів дозволяє надати вивченню дисципліни ознак інтерактивного та адаптивного навчання, що однозначно дозволяє удосконалити, покращити результативність навчального процесу із використанням системи управління навчальними ресурсами MOODLE.

Література

1. Буяк Б.Б., Терещук Г.В., Габрусев В.Ю. Засоби сервісу Bigbluebutton для проведення онлайн навчання. Сучасні інформаційні технології та

- інноваційні методики навчання: досвід, тенденції, перспективи: матеріали V міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 30 квітня 2020 року. Тернопіль, 2020 С.40-44.
2. Габрусєв В.Ю., Грод І.М., Кулянда О.О. Засоби системи управління навчальними ресурсами moodle для проведення тестового контролю знань. Підготовка майбутніх учителів фізики хімії біології та природничих наук в контексті вимог нової української школи. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції 14 травня 2020. Тернопіль, 2020 С.159-162.
 3. Габрусєв В.Ю., Кулянда О.О. Контроль якості здійснення електронного навчання у закладах освіти. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання: досвід, тенденції, перспективи: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 8-9 листопада 2018 року. Тернопіль, 2018. С.276-278.
 4. Габрусєв В.Ю. Мартинюк С.В. Компоненти електронного навчально-методичного комплексу навчальної дисципліни. Забезпечення якості вищої освіти: матеріали II-Всеукраїнської науково-методичної конференції Одеської національної академії харчових технологій, 08 - 10 квітня 2020 року. Одеса. 2020. С.464-567.
 5. Мізюк О. Путівник мовою програмування Python [електр. ресурс]. URL: <https://pythonguide.rozh2sch.org.ua>.
 6. Терещук Г.В. Габрусєв В.Ю. Система управління навчальними ресурсами MOODLE. Тернопіль: ТНПУ ім. В.Гнатюка. 2011. 60 с.
 7. Lessonactivity [електр. ресурс]. https://docs.moodle.org/39/en/Lesson_activity
 8. Moodle [електр. ресурс]. URL: <http://www.moodle.org>].

Багній Л.В.

**Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського**

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СТЕАТОГЕПАТОЗУ У ВАГІТНИХ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА НА ЕТАПІ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ

ВСТУП. Порухення ліпідного обміну вважається одним із провокуючих факторів загрозливого перебігу вагітності. В той же час захворювання, що входить у трійку найпоширеніших - ожиріння у молодих жінок, створює передумови для розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки, ранньої артеріальної гіпертензії, цукрового

діабету, безпліддя та інших захворювань. Жінки із надлишковою масою тіла, патологічними змінами ліпідного обміну та метаболічними порушеннями у печінці є загрозові по розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчити еластографічні особливості морфофункціонального стану печінки у вагітних з надлишковою масою тіла та неалкогольним стеатогепатитом.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Обстежено 14 вагітних із надлишковою масою тіла. (ІМТ становив більше 25 кг/м², визначений в першому триместрі вагітності). Усім жінкам виконані загально-клінічні обстеження, що включали в себе опитування, анамнез, об'єктивне дослідження, антропометричне вимірювання та проведено ультразвукову еластографію печінки з стеатометрією.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. ІМТ становив 36,9 (30,4;33,8;36,3;36,4;40,3;44,2) кг/м². В усіх жінок мав місце абдомінальний тип ожиріння. При проведенні ультразвукової еластографії печінки з стеатометрією оцінювали розміри печінки, її ехоструктуру, ангіоархітектоніку. Жирову дистрофію печінки виявили в усіх обстежених жінок, яку визначали за результатами оцінки жорсткості печінкової тканини, збільшення розмірів печінки, утруднення візуалізації гілок порталльної та печінкових вен, зниження звукопровідності та підвищення ехогенності печінки (згідно METAVIR).

ВИСНОВОК. Результати дослідження вказують на ознаки жирової інфільтрації печінки, що ведуть до розвитку неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який у свою чергу є найбільш важкою формою неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Встановлення патогенетичних механізмів виникнення акушерських ускладнень та пошуки нових шляхів їх корекції у даного контингенту жінок є актуальним.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АНАЛІТИЧНОЇ ХІМІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ ТНМУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Вступ. Пандемія COVID-19, яка охопила весь світ у 2020 році і триває досі, внесла зміни у всі сфери життя людини: спосіб життя, спілкування, дозвілля, робота, навчання, тощо. За оцінками ЮНЕСКО, понад 1,5 мільярда студентів в 165 країнах не мають можливості відвідувати заняття через COVID-19. Пандемія змусила глобальне академічне співтовариство звернутися до нових методів навчання, включаючи дистанційне і онлайн-навчання [1].

У наказі МОН України від 25.04.13 р. №466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» зазначено, що «метою дистанційного навчання є надання освітніх послуг шляхом застосування у навчанні сучасних інформаційно-комунікаційних технологій за певними освітніми або освітньо-кваліфікаційними рівнями відповідно до державних стандартів освіти» [2]. Задля уникнення нерівності у наданні освітніх послуг передбачено, що термін навчання за дистанційною формою має бути не меншим, ніж за денною формою за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями, напрямками підготовки та спеціальностями [3].

Ще в кінці літа 2020 року всі ми мали надію, що з початком нового навчального року ми повернемося до традиційного аудиторного навчання в університеті, однак нова хвиля пандемії зруйнувала ці надії остаточно. В умовах пандемії виникла необхідність використання цифрових технологій для забезпечення безперервності освітнього процесу. Наш університет вже мав багаторічний досвід використання платформи Moodle, де розташовані всі необхідні матеріали для підготовки студентів до лекцій та практичних занять, а також тестові завдання та відеофільми, необхідні для кращого засвоєння теоретичного матеріалу до кожної теми практичного заняття.

Для покращення освітнього процесу керівництвом університету було прийняте рішення запровадити навчання на платформі Microsoft

Teams, яка гарантує високий рівень безпеки інформації, дозволяє ефективно організувати роботу студентів і викладачів. Інструментарій Microsoft Teams охоплює всі необхідні елементи онлайн-занять: віртуальні класні кімнати, форуми, відеоконференції, листування в чатах, робота в спільних документах, що дозволяє разом працювати над поставленими питаннями.

Отже, у статті ми розглянемо які зміни відбулися у викладання аналітичної хімії на фармацевтичному факультеті ТНМУ в умовах дистанційного навчання.

Мета дослідження. Вивчити особливості викладання аналітичної хімії для студентів фармацевтичного факультету в умовах дистанційного навчання.

Матеріал і методи дослідження. Для досягнення мети використані теоретичні та емпіричні методи дослідження, метод теоретичного аналізу і синтезу, інтерпретація та узагальнення опрацьованих матеріалів для формування висновків.

Результати й обговорення. Аналітична хімія належить до нормативних дисциплін циклу загальної підготовки фахівців. Вона є основою для подальшого вивченні хімічних дисциплін відповідно до навчальних програм освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр фармації, промислової фармації», таких як фармацевтична хімія, токсикологічна та судова хімія, стандартизація лікарських засобів, тощо [4, 5].

Дисципліна «Аналітична хімія» вивчається студентами другого курсу фармацевтичного факультету відповідно до робочої програми, яка розроблена для студентів медичних закладів вищої освіти України III-IV рівнів акредитації (галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 226 «Фармація, промислова фармація» (другий (магістерський) рівень вищої освіти), освітня кваліфікація «Магістр фармації, промислової фармації»). Структура дисципліни передбачає проведення лекцій, практичних занять та самостійної роботи студента.

Всі лекції з аналітичної хімії читалися, і в умовах карантину читаються із мультимедійним супроводом (презентації лекцій). При проведенні аудиторних лекційних занять викладач мав можливість безпосередньо спілкуватися із студентами, вчив студентів аналізувати

і самостійно робити висновки, одразу відповідав (по ходу лекції) на запитання, які виникали у студентів. В умовах дистанційного навчання, нажаль студент лише може написати свої запитання в чаті. По можливості ці питання розглядаються в кінці лекції.

Практичні заняття з аналітичної хімії – це спарені пари (4-годинне заняття). На першій парі студенти виконують практичну роботу та пишуть тести, а на другій частині ми проводимо семінарське обговорення теоретичних питань та написання письмового контролю.

Що ж змінилося в умовах карантину та дистанційного навчання?

Одним з головних завдань практичного навчання є формування професійних навичок студентів [6].

Метою практичної підготовки є:

- поглиблення теоретичних знань;
- формування у майбутніх фахівців умінь та навичок практичної діяльності;
- набуття та розвиток професійних вмінь і навичок для прийняття самостійних рішень під час практичної роботи в реальних та виробничих умовах;
- формування творчого дослідницького підходу до практичної підготовки.

Практичні заняття третього семестру присвячені якісному аналізу. При аудиторному навчанні на кожному занятті кожен студент самостійно власноруч проводив якісні реакції на катіони та аніони, після виконання яких він отримував індивідуальний досліджуваний розчин для виявлення в ньому іонів.

В умовах карантину всю практичну частину заняття ми розглядаємо теоретично, звертаємо увагу студентів на особливості виконання деяких реакцій, аналітичні ефекти. По можливості показуємо відео-ролики виконання деяких реакцій. Особливу увагу ми завжди приділяємо вивченню реакцій виявлення, які включені до Державної Фармакопеї України (фармакопейні), що надалі допомагає кращому засвоєнню фахових дисциплін, зокрема фармацевтичної хімії, токсикологічної та судової хімії, стандартизації лікарських засобів.

Практичні заняття IV семестру присвячені кількісному аналізу, зокрема титриметричним та фізико-хімічним методам аналізу. Так

само, як і в якісному аналізі, при аудиторному проведенні занять студенти самостійно власноруч виконували практичне завдання відповідно до теми заняття. Для підвищення професійної орієнтації майбутніх провізорів всі практичні роботи виконувалися на готових лікарських засобах, зокрема кількісне визначення натрій хлориду в фізіологічному розчині проводили аргентометрично, кальцію хлориду в ін'єкціях кальцію хлориду 10% - комплексонометрично, вітамін В₁₂ – спектрофотометрично і т.д. На даний час, викладачі підбирають відеофільми (або знімають відеофільми) до кожної теми практичного заняття. Платформа Microsoft Teams дозволяє загрузити ці відео і викладач коментує кожен етап виконання практичної роботи. В кінці практичної роботи студенти проводять розрахунок кількісного вмісту активного фармацевтичного інгредієнту в препараті. Цей результат порівнюють із декларованим вмістом, зазначеним у Державній Фармакопеї України.

Аналітична хімія – це прикладна наука і вимагає від студента оволодіння певними практичними навичками, які будуть необхідні йому в подальшому навчанні та майбутній професійній діяльності. Нажаль, на даний час розвитку науки і техніки, жодна дистанційна форма навчання не надає можливості оволодіти практичними навичками.

Кожна практична частина у нас закінчується тестуванням: при аудиторному навчанні студенти тестувалися на паперових носіях, на даний час все тестування ми проводимо на платформі Moodle.

Щодо структури семінарської частини занять з аналітичної хімії, то вона не змінилася. Разом із студентам викладач обговорює всі теоретичні питання відповідно до теми заняття. На платформі Microsoft Teams під час проведення семінару є можливість підключити дошку, що дозволяє студентам під керівництвом викладача описувати схеми аналізу сумішей катіонів та аніонів, солей, розв'язувати задачі, тощо.

Аналітична хімія входить до Єдиного Державного Кваліфікаційного Іспиту. Етап 1. Тому, на семінарській частині кожного заняття частина часу присвячена вивченню питань, які входять в буклети ліцензійного іспиту «Крок-1. Фармація» за всі роки. Разом із студентами активно розбираються правильні відповіді

на тестові завдання типу Крок-1, кожного разу наголошуючи на практичну або теоретичну частину заняття.

В кінці кожного заняття студенти пишуть самостійну роботу, яка складається з теоретичних питань та розрахункової задачі (або практичного завдання, наприклад, описати хід аналізу суміші катіонів). При проведенні онлайн-навчання викладач завчасно налаштовує одночасне відправлення листів із індивідуальним варіантом самостійної роботи на особисту університетську поштову скриньку кожного студента. Студенти пишуть відповіді на запитання під наглядом викладача. До кінця заняття студент зобов'язаний сфотографувати відповіді на питання самостійної роботи і надіслати їх викладачу.

Всі частини заняття оцінюються відповідно до шкали описаної у робочій програмі. Оцінки викладач виставляє в електронний журнал та дублює їх на паперовому носії.

Висновки.

1. Впровадження дистанційної форми навчання через пандемію COVID-19 та необхідність дотримання всіх карантинних заходів задля збереження здоров'я та життя всіх учасників освітнього процесу, призвели до внесення деяких змін під час вивчення студентами фармацевтичного факультету дисципліни «Аналітична хімія».

2. Найбільших змін зазнала практична частина заняття, оскільки під час онлайн-навчання студент не може опанувати практичними навичками, які необхідні йому при подальшому навчанні. Всі практичні питання розглядаються лише теоретично.

3. Інші частини заняття залишилися практично без змін, що дозволяє студентам під керівництвом викладача ґрунтовно розібрати теоретичний матеріал.

Список використаної літератури:

1. COVID-19 and Higher Education: Education and Science as a Vaccine for the Pandemic. Режим доступу: <https://www.un.org/en/academic-impact/covid-19-and-higher-education-education-and-science-vaccine-pandemic>
2. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: наказ МОН України від 25.04.13 р. №466. – Режим доступу: https://osvita.ua/legislation/Dist_osv/2999/.

3. Особливості дистанційного навчання студентів в умовах пандемії COVID-19 (за результатами анкетування) / Н. О. Теренда та ін. *Медична освіта*. 2020. №4. С. 57–60.
4. Івануса І.Б., Михалків М.М. Особливості викладання аналітичної хімії для студентів фармацевтичного факультету (заочної форми навчання). *Медична освіта*. 2019. №4. С. 14-17.
5. Михалків М. М., Івануса І. Б., Загричук Г. Я. Аналітична хімія у фармацевтичній освіті України та Польщі. *Медична освіта*. 2020. №4. С. 47-51.
6. Практична спрямованість освітнього процесу як запорука якості освіти Ільченко В. І., Сизова Л. М., Прилуцький К. Ю., Пікуль К. В. *Актуальні питання контролю якості освіти у вищих медичних навчальних закладах*: матеріали наук. конф. Полтава, 2018. С. 102-104.

УДК 616-093 / -098

Кравець Н.Я.

ТНМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

ОГЛЯД РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ШВИДКОГО ТЕСТУ НА ВИЯВЛЕННЯ АНТИГЕНУ SARS-COV-2

Інтеграційні процеси у вищій школі і медичній зокрема, базуються на основі оволодіння спеціальними науковими знаннями та формуванням на їх основі професійно значущих умінь і навичок студентів. У загальній системі освіти, інтегроване навчання становить собою своєрідну підсистему у якій навчальний процес – це група взаємопов'язаних, цілеспрямованих комплексів навчальних дисциплін і видів людської діяльності, які утворюють наукову, навчальну й професійну єдність [1]. Під інтеграцією розуміють процес в результат якого є нерозривність, єдиність і цільність всього у навчанні (зближенні і зв'язку наук котрі, водночас, супроводжуються процесами їх диференціації), що здійснюється через злиття в одному синтезованому курсі (темі, розділі, програмі) елементів різних навчальних предметів, наукових понять і методів викладання різних дисциплін у загальнонаукові поняття й методи пізнання, комплектування і підсумовування основ наук у розкритті

міжпредметних навчальних проблем [10]. Реалізація інтеграції виражається у міжпредметних зв'язках, сутність яких полягає у формуванні в студентів ефективної, динамічної, єдиної за змістом і структурою системи знань, умінь і навичок, яка забезпечує майбутнім фахівцям необхідну й достатню теоретичну і практичну підготовку. Міжпредметні зв'язки забезпечують поширення та поглиблення певних понять, подолання розрізненості дисциплін у навчальному процесі, транспозиції знань, умінь і навичок [9].

Сьогодні інтегроване навчання є діючою моделлю активізації інтелектуальної діяльності та розвиваючих прийомів навчання. Така модель навчання зобов'язує до використання різноманітних форм викладання та здійснює вплив на ефективність сприйняття студентами чи слухачами навчального матеріалу.

Однією з головних можливостей інтеграції – поєднання спорідненого матеріалу кількох предметів навколо однієї теми. Тож інтеграція базових дисциплін (як теоретичного так і клінічного профілю) на до- та післядипломну рівнів підготовки майбутнього сімейного лікаря є одним із шляхів, підвищення кваліфікації як у майбутнього, так і вже сформованого лікаря. На нашу думку доволі перспективною з цієї точки зору є інтеграція теоретичної дисципліни «Мікробіології, вірусології та імунології» з клінічною дисципліною «Загальна практика (сімейна медицина)».

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) – найбільш поширені інфекційні хвороби, що вражають усі вікові групи населення. В етіологічній структурі ГРІ найбільша частка належить вірусам і на сьогодні відома значна кількість збудників ГРВІ, які переважно належать до 9 різних груп вірусів – грип, парагрип, адено-, РС- (респіраторно-синцитіальний), пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси [3,19].

ГРІ у дорослих найчастіше спричиняють такі бактеріальні мікроорганізми: переважно умовно-патогенна кокова мікрофлора (гострі фарингіти, бронхіти). Як особливо небезпечні та високо контагіозні виокремлюють менінгококову інфекцію, дифтерію; легіонели; мікоплазми; хламідії. Вони спричиняють появу різноманітних клінічних проявів – назофарингітів, ангін (гострих тонзилітів), бронхітів. Збудники цієї групи частіше, ніж віруси,

викликають розвиток пневмонії. У патогенезі частини з них (мікоплазмози, хламідіози, рикетсіози) велике значення має клітинний імунітет, певні послаблення якого часто призводять до персистенції цих збудників, особливо у дітей. Відтак у багатьох випадках ми маємо справу не з черговим інфікуванням, а з реактивацією персистуючої інфекції, що необхідно враховувати у лікуванні.

Повітряний шлях передавання збудника, висока сприйнятливість населення практично до всіх збудників ГРІ – зумовлює основну епідеміологічну особливість – швидкість та широту їхнього розповсюдження.

На епідемічний процес ГРІ впливають біологічні, соціальні, природні фактори, що на сьогодні вивчені ще недостатньо. Ландшафтні, біоценотичні, кліматичні та інші умови впливають на нього, сприяють або протидіють життєдіяльності респіраторних збудників. Епідемічний процес при ГРІ, спричинених невірусними збудниками, значно складніший внаслідок не стільки великого етіологічного розмаїття, скільки різного рівня контагіозності, меншої сприйнятливості людини, можливості збереження збудників не лише в людській популяції, а й серед тварин.[3, 16, 21].

Щорічно в світі та Україні реєструють значну кількість захворювання спричинені ГРВІ, для стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях МОЗ України розробило рекомендації, які представлені у двох документах: Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям (УКПМД) "Грип" та Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям "Гострі респіраторні інфекції" [6,7].

Сімейний лікар повинен мати широкі знання з різноманітних галузей медицини і охорони здоров'я: основи законодавства, нормативно-правові документи, організація лікувально-профілактичної допомоги, принципи і методи диспансеризації, організаційно-економічні засади діяльності лікувальних закладів і медпрацівників в умовах бюджетно страхової медицини, надання невідкладної допомоги етіологію, патогенез, клініку і лікування основних захворювань. Лікар – загальної практики повинен надавати кваліфіковану допомогу за своїм фахом, використовуючи сучасні

методи діагностики, лікування, реабілітації і профілактики, своєчасно діагностувати і лікувати захворювання в амбулаторних умовах, денних і домашніх стаціонарах в межах своєї компетенції, своєчасно направляти хворих для одержання допомоги у випадках, які виходять за рамки його компетенції, організовувати госпіталізацію планових і ургентних хворих[7].

Реформа охорони здоров'я, яка здійснюється в Україні, орієнтована на розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Сімейна медицина має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я. А, сімейна медицина є однією з найбільш ефективних стратегій підвищення результативності системи охорони здоров'я та направлена на вирішення проблем збереження і зміцнення здоров'я всього населення. [2].

У більшості країн людиною, до якої в першу чергу приходять пацієнт, є сімейний лікар. Він повинен бути не просто кваліфікованим професіоналом і добрим діагностом, а й також у 70-80% випадків надавати медичну допомогу в своєму кабінеті, не направляючи пацієнта на другий - третій рівні більш спеціалізованої медичної допомоги [11].

Сьогодні в Україні лікарі загальної практики стоять на передовій боротьби з епідемією COVID-19. Роль сімейного лікаря під час карантину і боротьби з коронавірусною інфекцією важко переоцінити. Сімейні лікарі забезпечують вчасне виявлення симптомів коронавірусної хвороби, призначають лікування у разі погіршення стану, підтримують зв'язок з пацієнтами, відповідають на численні запитання, розвіюють побоювання та надає рекомендації щодо самоізоляції [4]. Проте на сьогодні функції лікаря загальної практики-сімейної медицини, згідно наказу МОЗ України від 17.09.2020 № 2122 Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»[8], розширені та полягають також у здійсненні відбору біологічного матеріалу для проведення експрес тесту на антиген вірусу та здійснення забору матеріалу для ПЛР тесту. Таким чином актуальність короткого огляд етіології захворювання та аналіз особливостей забору матеріалу та проведення швидкого тесту для діагностики коронавірусної інфекції, не викликає сумніву.

Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) викликається новим коронавірусом (SARS-CoV-2 або вірусом COVID-19. SARS-CoV-2 є більш патогенною формою порівняно з раніше виявленим SARS-CoV (2002) та коронавірусом респіраторного синдрому Близького Сходу (MERS-CoV, 2013).

Коронавіруси відомі з 1937 р. при вивченні етіології інфекційного бронхіту курей та з 1949 по 1951 рр. при вивченні захворювання мишей. Як збудники інфекційних захворювань людини КВ були вперше виявлені та описані в 1965 р англійськими дослідниками D. Turrell і M. Вупое при вивченні етіології «заразного нежитю» [5]. За сучасної таксономії вірусів родина Coronaviridae включає в себе дві підродини – Coronavirinae та Torovirinae. Підродина Coronavirinae об'єднує понад десятка вірусів, що спричиняють захворювання у людей та тварин. Підродина Coronavirinae містить чотири роди: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus і Deltacoronavirus. Геном CoV (27–32 kb) - це одноланцюгова позитивна РНК (+ ssRNA), яка більша за будь-які інші РНК. Нуклеокапсидний білок (N) утворений протеїном, що включає генوم РНК та оточений оболонкою, яка пов'язана з трьома структурними білками: мембранним білком (M), білком шипиків (S) та білком оболонки (E) та шістьнадцятьма неструктурними протеїнами (nsp1-16) [18]. (рис.1).

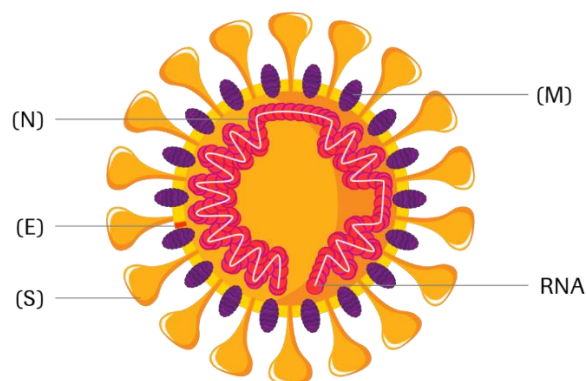


Рис.1. Структура SARS-CoV-2.

(<https://diagnostics.roche.com/ru/ru/products/params/electsys-anti-sars-cov-2.html>)

Вірус COVID-19 - це зоонозний вірус, тобто він може передаватися між тваринами та людьми. Тварина-хазяїн, що є посередником, ще не визначена. Вірус COVID-19 поширюється між людьми переважно через вдихання респіраторних крапель від кашлю чи чхання, але також може передаватися через фоміти / у контактний спосіб. Інкубаційний період в середньому становить приблизно 5-6

днів (діапазон: від 1 до 14 днів). Точних відомостей, щодо тривалості контагіозного періоду не має, мова може йти про 24–48 годин до появи симптомів.

Вірус в першу чергу вражає дихальну систему, викликаючи грипоподібні захворювання із такими симптомами, як кашель, лихоманка, а у більш важких випадках утруднення дихання [4]. Відповідно до наявних статистичних даних, смертність висока у осіб старшої вікової групи (віком > 60 років) та людей з іншими патологічними станами. На додаток до гострого респіраторного дистрес-синдрому та дихальної недостатності, зараз відомо, що COVID-19 проявляється як системне запалення, що призводить до сепсису, гострої серцевої травми та серцевої недостатності та поліорганної дисфункції у пацієнтів із високим ризиком [17]. Про перші випадки в Китаї було повідомлено в грудні 2019 р., SARS-CoV-2 було ідентифіковано на початку січня. З того часу про випадки повідомили практично всі країни, і 30 січня ВООЗ оголосила пандемію та надзвичайну ситуацію в сфері громадського здоров'я міжнародного значення.

Підставою для проведення досліджень є підозрою на COVID-19; з ознаками тяжкого гострого респіраторного синдрому (ТГРС); з ознаками інших ГРВІ; з ознаками пневмонії призначають лікування у разі погіршення стану, якщо пацієнти були у тісному контакті з особою з підтвердженим випадком на COVID-19 та інші. Швидкий тест на антиген COVID-19 може призначатися пацієнтам протягом семи днів не раніше третього дня з моменту появи характерних для інфекції симптомів. Високу концентрацію вірусу виявляють у верхніх дихальних шляхах вже на початку перебігу захворювання. Вірус продовжують виявляти в верхніх та нижніх дихальних шляхах за допомогою ПЛР протягом декількох днів після зникнення симптомів [4].

Для тестування на коронавірусну інфекцію застосовують два типи тестів - діагностичні та серологічні/ антитіла[8].

Діагностичний тест - може показати, наявність активної коронавірусної інфекції. На сьогодні існує два типи діагностичних тестів - молекулярні, такі як RT-PCR (Полімеразна ланцюгова реакція у реальному часі) - тести, які виявляють

генетичний матеріал вірусу, та антигенні тести, які виявляють специфічні білки вірусу.

Тест на антитіла здійснює виявлення антитіла, які виробляє імунна система у відповідь на проникнення збудника інфекції, наприклад, на конкретний вірус. Антитіла можа виявити кілька днів або тижнів після зараження патогеном та можуть залишатися в крові кілька тижнів і більше після одужання. Проте використання серологічних тестів, як єдиної основи для діагностики гострої інфекції дослідники не рекомендують. Інколи серологічні аналізи можуть бути використані для підтвердження клінічної оцінки осіб, які пізно виявляють захворювання, коли вони використовуються разом з тестами на виявлення вірусів. Крім того, якщо у людини є підозра на постінфекційний синдром, спричинений інфекцією SARS-CoV-2 (наприклад, багатосистемний запальний синдром у дітей; MIS-C), можуть використовуватися серологічні аналізи.

Серологічні аналізи на інфекцію SARS-CoV-2 є важливим інструментом для епідагляду та епідеміологічних досліджень, таких як розуміння динаміки передачі вірусу в середині популяції. На відміну від методів прямого виявлення вірусів, таких як ампліфікація нуклеїнової кислоти або тести на виявлення антигенів, які можуть виявити гострий перебіг інфекції у людини, тести на антитіла допомагають визначити, чи раніше людина, що тестується, була інфікована - навіть якщо ця людина ніколи не виявляла симптомів.

В вересні 2020 року ВООЗ випустила тимчасові рекомендації щодо використання діагностичних експрес-тестів для визначення антигенів вірусу SARS-CoV-2 [13]. Використання іммунохімічних експрес-тестів (ЕТ) для визначення антигенів в діагностиці інфекції, викликаной вірусом SARS-CoV-2 рекомендовано для:

- реагування на передбачення спалаху в установах або напівзакритих колективах, коли молекулярне тестування недоступно;
- сприяння виявленню спалахів (наприклад, в школах, в будинках-інтернатах, на робочих місцях, в гуртожитках та інших.);
- моніторингу динаміки захворюваності COVID-19 в колективах, особливо серед працівників безперервно діючих організацій та працівників охорони здоров'я;

– виявлення осіб з позитивними результатами тестування в установах охорони здоров'я або в популяціях з широкою циркуляцією вірусу;

– тестування контактних осіб без симптомів, навіть якщо ЕТ на антигени SARS-CoV-2 не був затверджений для такого типу використання, оскільки маємо свідчення, що вірусне навантаження у безсимптомних осіб таке ж, як і у хворих з симптомами.

Якщо по відношенню до результатів ЕТ на антигени SARS-CoV-2 є сумніви (наприклад, низька якість проби), дослідження слід повторити на повторно відібраній пробі. Однак негативний результат ЕТ на антигени SARS-CoV-2 не може повністю виключити активну COVID-19 інфекцію. Якщо є можливість, слід обов'язково повторити тестування з ЕТ на антигени SARS-CoV-2 протягом 48 годин (або переважно провести підтверджує тестування з використанням молекулярного методу), особливо у пацієнтів з симптомами хвороби.

У всіх випадках, коли результати пацієнтів, виявлених скринінгом з використанням ЕТ на антигени SARS-CoV-2, підтверджують тестуванням молекулярними тестами. Проби для обох тестів слід збирати приблизно в один і той же час, максимум з інтервалом в 2 дні.

На підставі наявних знань, не рекомендується використовувати ЕТ на антигени SARS-CoV-2, якщо інфекція малоімовірна, а саме:

-у осіб без симптомів, крім тих випадків, коли людина є контактом підтвердженого випадку (бо висока ймовірність, що позитивний результат буде хибнопозитивним, і повинна бути можливість для таких випадків провести підтверджене тестування)

-якщо випадків захворювання мало чи немає (оскільки в цьому випадку висока ймовірність, що позитивний результат буде хибнопозитивним)

-якщо відсутні належні заходи біобезпеки та інфекційного контролю (тому як медпрацівники піддадуться ризику зараження при взятті проб)

-якщо ведення пацієнта не зміниться від результату тесту (від тесту для пацієнта не буде ніякої користі)

-з метою скринінгу в аеропортах або пунктах перетину кордону (бо ймовірність позитивного результату низька)

-в ході скринінгу перед здачею донорської крові (тому що позитивний результат ЕТ на антигени SARS-CoV-2 не означає, що вірус є в крові).[13]

Проте для проведення тестування необхідно зважати на закономірності інфекційного процесу та на результати проведених досліджень, щодо часу та швидкості виявлення вірусів, які базуються на даних кількох опублікованих звітів. Так згідно отриманих даних було виявлено, що у більшості людей із симптоматичною інфекцією COVID-19 вірусна РНК у мазку з носоглотки, на основі даних порогового циклу (С_t- демонструє кількості циклів, необхідних для ампліфікації вірусної РНК, щоб досягти виявленого рівня), стає помітною вже на 1-й день симптомів і досягає максимуму протягом першого тижня появи симптомів та розпочинає знижуватися до 3-го тижня, а згодом не виявляється, про те у важковхорих пацієнтів може зберігатися понад 3 тижні від початку хвороби (рис.2) [20]. У деяких випадках за допомогою RT-PCR (ПЛР з використанням зворотної транскрипції) виявляли вірусну РНК навіть після 6 тижня від першого позитивного тесту. На сьогодні RT-PCR, найбільш часто використовуваним та надійним тестом для діагностики COVID-19, для якого здійснюють забір матеріалу з носоглотки або інших зразків верхніх дихальних шляхів, включаючи мазок із горла або, нещодавно, слину. Виробники тестів використовують різні генні мішені РНК, зокрема структурні елементи вірусу, при цьому більшість тестів націлені на 1 чи 2, наприклад, оболонку (*env*), нуклеокапсид (*N*), шипик (*S*), РНК-залежну РНК-полімеразу (*RdRp*) та *ORF1* (амінокислотна послідовність відкритої рамки зчитування¹). Найбільш чутливим та раннім серологічним маркером є загальні антитіла, рівень яких починає зростати з другого тижня від появи симптомів. Хоча виявлено, що IgM та IgG з допомогою ІФА є позитивними навіть на четвертий день після появи симптомів, більш високі рівні спостерігаються на другому та третьому тижні хвороби. Наприклад, сероконверсія IgM та IgG відбулася у всіх пацієнтів у період з третього до четвертого тижня початку клінічного прояву хвороби. Після цього IgM починає знижуватися і досягає нижчих рівнів до 5-го тижня і майже зникає до 7-го тижня, тоді як IgG зберігається понад 7 тижнів (рис.2)[20].

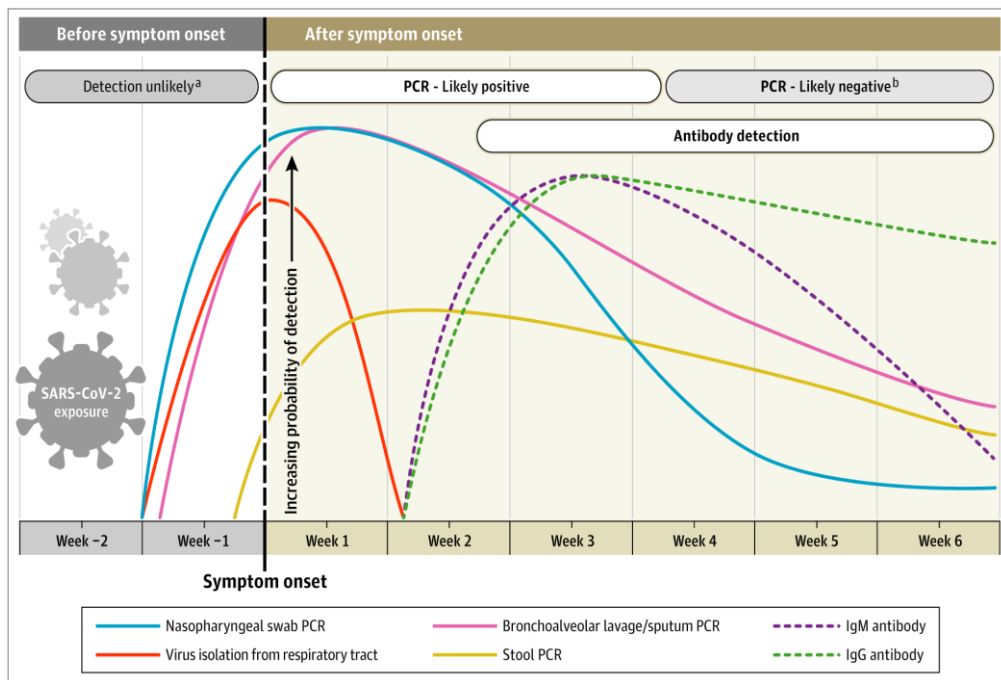


Рис.2. Приблизні варіації з плином часу в діагностичних тестах для виявлення SARS-CoV-2 інфекції щодо початку симптомів.
(<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837>)

Експрес-тести на антигени SARS-CoV-2 прості у виконанні і забезпечують швидкий результат. Власне це дозволяє тестувати більшу кількість людей та зменшити навантаження на спеціалізовані лабораторії та перенести тестування у медичні установи. Однак не можна ігнорувати той факт, що вони володіють низьким порогом чутливості у порівнянні з молекулярними тестами. (рис.3). Загалом ЕТ на антиген SARS-CoV-2 повинен відповідати мінімальним вимогам до робочих характеристик, серед яких: чутливість $\geq 80\%$ та специфічність $\geq 97\%$ при порівнянні з затвердженим молекулярним аналізом ПЛР [18].

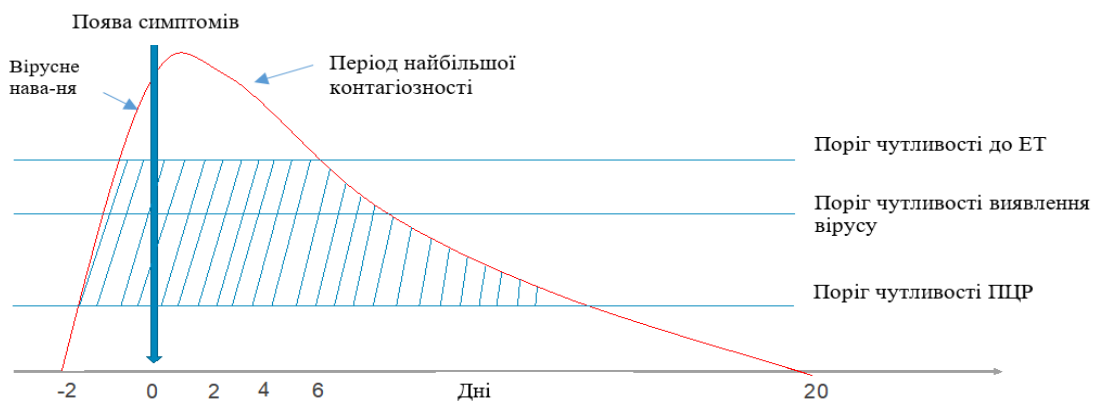


Рис. 3. Пороги чутливості виявлення SARS-CoV-2 інфекції щодо початку симптомів.

При зверненні пацієнта до сімейного лікаря попередньо проводиться скринінгове дослідження з використанням швидких тестів на визначення антигену SARS-CoV-2. У випадку позитивного результату рекомендовано здійснити проведення забору біологічного матеріалу для тесту ПЛР.

Для проведення експрес тестування чи ПЛР тесту необхідно підготувати пацієнта та правильно провести забір біологічного матеріалу. Це особливо важливо з огляду на те, що на початку 2020 року не володіючи повною інформацією про збудник та методи його діагностики було отримано багато хибних результатів.

У разі попереднього звернення пацієнта сімейному лікарю необхідно повідомити пацієнта, що забір біологічного матеріалу найкраще проводити вранці за 3-4 години перед забором матеріалу не використовувати краплі для носа, не промивати і не полоскати носові ходи, вразі необхідності проведення забору для ПЛР не вживати їжі, також не рекомендується: пити, чистити зуби, полоскати рот / горло, жувати жувальну гумку, курити.

З метою недопущення інфікування, перед проведенням забору мазків медичний працівник має послідовно зробити наступні дії: провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком; одягнути засоби індивідуального захисту (халат захисний від інфекційних агентів, медична (хірургічна) маска, захисні окуляри/щиток, рукавички нітрилові без тальку). Для забору біологічного матеріалу пацієнту потрібно зручно сісти та злегка підняти голову. Процедура забору матеріалу для експрес-тесту займає не більше 1-2 хвилин.

Виділення з порожнини носу чи ротоглотки слід здійснювати сухими стерильними тампонами (свабами) із дакрону, віскози, або велюр-тампону на пластиковій основі. Тампони, які виготовлені з бавовни чи альгілату кальцію, а також тампони з дерев'яними паличками можуть містити речовини, які впливають на результати тестування.

Для правильного забору біологічного матеріалу слід дотримуватися наступних правил: паличку з тампоном затискають між великим, вказівним та середнім пальцями так, щоб вона

проходила наче олівець, а не впиралася у долоню такий спосіб мінімізує травмування пацієнта під час забору матеріалу. Кінчик тампона вводять в ніздрю на 2 - 3 см від носового отвору, торкаючись передньої носової раковини і слизової оболонки перегородки. Щоб зібрати назальні слизові виділення, тампон вводять в ніздрю паралельно піднебінню з подальшим прокручуванням. Після чого тампон, з отриманим матеріалом, поміщають у екстракційну пробірку з 1 - 1,5 мл буферного розчину. Паличку тампона відламують так, щоб кінець залишився у пробірці, а кришечка закрилася.

Алгоритм проведення тестування досліджуваного матеріалу передбачає внесення за допомогою мікропіпетки у віконце тест касети екстракційного розчину із пробірки. Кількість крапель прописано для кожної тест системи та вказано в інструкції. Тест касету не рекомендується переносити чи рухати на протязі 15 хв ми отримаємо результат тесту [12].

Інформація про тестовий набір.

Тестові набори, які пропонуються для проведення досліджень містить усе обладнання, необхідне для проведення тесту, а саме:

- випробувальний пристрій (окремо у фольговій упаковці з осушувачем)
- екстракційна буферна пробірка
- кришка насадки
- стерильний сваб
- липка стрічка (можна прикріпити до випробувального пристрою під час проведення випробувань на відкритому повітрі)
- інструкція по застосуванню
- короткий довідник

Після закінчення процедури тестування, з метою недопущення інфікування, медичний працівник повинен утилізувати досліджуваний зразок, а також зняти та утилізувати засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) та потурбуватися про гігієну рук [4].

Правильність зчитування інформації прописана в інструкції кожної тест системи, яка може відрізнятись в залежності від виробника. Зазвичай, негативний результат визначається наявністю контрольної та відсутністю тестової смужки. У разі наявності тестової та контрольної смужок – результат тесту позитивний. У випадку

присутності тестової смужки, без контрольної – вважається не дійсним[18].

Так, стандартний тест Q COVID-19 Ag- швидкий хроматографічний імунологічний аналіз, (SD Biosensor®, Chunchyeongbuk-do, Республіка Корея), для виявлення антигену SARS-CoV-2 нуклеокапсиду (N) у зразках з дихальних шляхів, має контрольну (C) та тест-лінію (T) у вікні результатів. Контрольна (C) область покрита моноклональним анти-курячим антитілом Igy миші; тестова область (T) покрита моноклональним антитілом анти-SARS-CoV-2 миші проти SARS-CoV-2 N-антигену. Детекторами SARS-CoV-2 N- антигену, представленим у зразку, є моноклональне антитілом миші проти SARS-CoV-2, кон'юговане з кольоровими частинками. Комплекс кольорових частинок з антиген – антитілом мігрує за допомогою капілярної сили і захоплюється моноклональним антитілом проти SARS-CoV-2 миші, покритим у досліджуваній (T) області та демонструє позитивний результат тесту [15].

Специфічність антигенних тестів, як правило, настільки ж висока, як у більшості тестів ампліфікації нуклеїнової кислоти. За умови використання антигенного тесту згідно з інструкціями виробника – хибнопозитивні результати тестів малоімовірні.

Незважаючи на високу специфічність антигенних тестів, будуть виявлятися помилково позитивні результати, особливо при використанні для популяцій, де поширеність інфекції низька - обставина, що притаманна всім діагностичним тестам *in vitro*. Позитивні та негативні прогностичні значення всіх діагностичних тестів *in vitro* (наприклад, аналіз тестів ампліфікації нуклеїнової кислоти та антигену) варіюються залежно від ймовірності попереднього тестування. Ймовірність попереднього тестування враховує як поширеність інфекції в популяції, так від клінічного випадку особи, якій проводять тестування. Якщо поширеність інфекції в популяції висока, а особа, яка тестується, є симптоматичною, то ймовірність позитивного тестування зазвичай вважається високою. Якщо поширеність інфекції в популяції низька, а у особи, яка тестується, захворювання протікає безсимптомно і не мала жодного відомого контакту з хворим на COVID-19, то ймовірність позитивного тестування зазвичай вважається низькою. Усі тести на SARS-CoV-2,

включаючи тестування на антиген, залежать від цілісності зразка, на який впливають процедури збору та обробку зразка [14]. Неправильний збір зразка, наприклад, занадто швидке всмоктування назально слизових виділень з ніздрі, може спричинити недостатній збір зразків, що призведе до обмеженої кількості вірусного генетичного або антигенного матеріалу для виявлення антигену SARS-CoV-2. Час від збору зразка до випробування повинен бути мінімізованим, і температура зразка протягом цього часу повинна контролюватися. Слід дотримуватися процедур забезпечення якості, щоб запобігти перехресного забруднення та неточності у результатах тестування. Перш за все, користувачі повинні дотримуватися інструкцій виробника, а також державних та місцевих вказівок щодо того, коли і як часто проводити випробування на контрольних зразках [12].

При отриманні позитивного результату після проведення експрес тесту рекомендовано провести забір матеріалу з задньої стінки ротоглотки пацієнта для підтвердження діагнозу методом ПЛР, який вважають «золотим стандартом» для клінічного діагностичного виявлення, оскільки лише за цим методом ми можемо встановити наявність вірусу SARS-CoV-2 у пацієнта.

З допомогою тампону здійснити мазок із задньої стінки глотки та мигдаликів, для цього слід попросити пацієнта розкрити рота, щоб піднявся язичок на піднебінні (вимовити протяжний голосний звук); язик утримувати за допомогою шпателя; відбір мазків проводити, не торкаючись тампоном м'якого піднебіння; після отримання матеріалу робочу частину тампону помістити у стерильну одноразову пробірку з вмістом 1-1,5 мл транспортного середовища, що містить у складі лізуюче вірусне середовище (готового промислового виробництва); відламати пластикову основу тампону так, щоб кінець його залишився у пробірці (тампони промислового виробництва мають на пластиковій основі надсічку для злому, що відповідає об'єму контейнера для транспортного середовища), а кришечка закручувалася, дотримуючись асептичних вимог. Якщо пластикова паличка не ламається, її відрізають ножицями (охолодженими після стерилізації на вогні); зазначити в етикетці індивідуальний номер, дату відбору зразка, тип зразка в пробірці (мазок із зіва, назальний

тощо) та наклеїти на контейнер із зразком, кришечку не маркувати. Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати засоби індивідуального захисту [6]. Зібрані зразки відправляються у лабораторні центри МОЗ з заповненим бланком згідно додатку №4 з стандарту медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19), пакування матеріалу відбувається згідно інструкції про перевезення біологічно матеріалів. Зразки повинні бути упаковані в три шари пакувального матеріалу, що відповідає вимогам до пакування Р650 для інфекційних субстанцій UN 3373 категорії В, для захисту від ушкоджень під час транспортування та забезпечення безпеки персоналу. Доставка матеріалу в лабораторію повинна здійснюватися протягом 24-74 годин за умови зберігання зразків + 4°C, якщо ж не має змоги доставити матеріал в зазначений термін необхідно заморозити при температурі -70°C. Кількість циклів заморожування-розморожування має бути мінімальним, оскільки це може зруйнувати вірус у зразку [4].

Висновок. Точність Ag-ET залежить від кількох факторів, включаючи час від початок зараження, концентрація вірусу в зразку, якості забору та обробка зразків, відібрані у людини, і точна рецептура реагентів у наборах для випробувань. Дотримання вимог, щодо всіх етапів забору біологічного матеріалу, згідно стандартів рекомендованих ВООЗ та МОЗ України гарантує отримання достовірних результатів при діагностиці антигену SARS-CoV-2.

Література

1. Беляєва О. М. Міжпредметна інтеграція як умова підвищення якості навчання латинської мови за фаховим спрямуванням / О. М. Беляєва, Ю. В. Лисанець // Активні методи викладання латинської та іноземних мов у вищих навчальних закладах МОЗ України на базі кафедри іноземних мов : матер. семінару-наради завідувачів однопроф. кафедр іноземних та латинської мови ВМ(Ф)НЗ України, 6-7 жовтня 2016 р., Дніпро. – Дніпро : Вид-во ДМА, 2016. – С. 6–11.
2. Всесвітній день сімейного лікаря: понад 22 тисячі лікарів працюють в законтракованих НСЗУ центрах ПМД / [Електронний ресурс]- Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/novini/vsesvitnij-den-simejnogo-likarya-ponad-22-tisyachi-likariv-p-247>
3. Клинические методы ведения больных, инфицированных новым вирусом гриппа А (H1N1): предварительное руководство. - 2009.

- [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_managementH1N1_21_May_2009-ru.pdf
4. Клінічна допомога при важкій гострій респіраторній інфекції: інструментарій. Адаптовано до COVID-19. - Копенгаген: Всесвітня організація охорони здоров'я, Регіональний Європейський Офіс. - 2020. [Електронний ресурс]- Режим доступу: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333001/WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1). Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 5. Коцюбайло Л. П. Особливості гострих респіраторних вірусних інфекцій коронавірусної етіології у дорослих: клініка, діагностика та лікування: дис. кан.мед. наук. : 14.01.13 / Коцюбайло Любов Петрівна.- К.,2017.- 132с. Режим доступу: http://duieih.kiev.ua/documents/disser/kotsiubailo/kotsiubailo_disser.pdf
 6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16 липня 2014 р. № 499 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях. [Електронний ресурс] - Режим доступу:https://zakononline.com.ua/documents/show/41522__41522
 7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313. [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/244837>
 8. Наказ МОЗ України від 17.09.2020 № 2122"Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» Розробники: Безродна О. В., Ганжа І. М., Голубовська О. А. та інші/ [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2122282-20#Тех>
 9. Нікуліна Ф. Інтегральна технологія: основні ідеї та структура / Нікуліна Ф. // Завуч (Перше вересня). – 2000. – № 23-24. – С.10.
 10. Педагогічний словник / [Ярмаченко М.Д., Зязюн І.А., Мадзігон В.М. та ін.] ; за ред. М.Д. Ярмаченка. — К. : Педагогічна думка, 2000. — 516 с.
 11. Підготовка лікарів зальної практики – сімейної медицини в контексті реформування вищої медичної освіти в контексті реформування вищої медичної медичної освіти у ВНМУ імені М.І. Пирогова / Мороз В.М., Гумінський Ю.Й., Фоміна Л.В. [та інші] // Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» у відповідності до «наскрізної програми» затвердженої міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року : тези доповідей методичної конференції 24 квітня 2013 року м.Вінниця. – Вінниця : Вид-во ВНМУ імені М.І. Пирогова, 2013. – С. 3–7.
 12. Швидкі тести для якісного визначення антигену SARS-COV-2 / [Електронний ресурс] - Режим

- доступу:https://www.youtube.com/watch?v=sk3uMmUANLg&ab_channel=%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F%D0%9C%D0%9E%D0%97%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8
13. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays: interim guidance, 11 September 2020. - World Health Organization. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334253> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 14. Interim Guidance for Antigen Testing for SARS-CoV-2. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. - Dec. 16. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html>
 15. Rapid SARS-CoV-2 antigen detection assay in comparison with real-time RT-PCR assay for laboratory diagnosis of COVID-19 in Thailand / Chaimayo C., Kaewnaphan B., Tanlieng, N. et al. // Virol J. – 2020. – 17. № 177. Doi.org/10.1186/s12985-020-01452-5
 16. Respiratory tract infections (self-limiting): prescribing antibiotics (CG69)/ 2008. - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuideline.pdf>
 17. SARS-CoV-2 Antigen Rapid Diagnostic Test training package. - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://extranet.who.int/hslp/ru/content/sars-cov-2-antigen-rapid-diagnostic-test-training-package>
 18. SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test. - [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://diagnostics.roche.com/global/en/products/params/sars-cov-2-rapid-antigen-test.html>
 19. Seasonal influenza in adults and children – diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the infectious diseases society of America. / Scott A Harper, John S Bradley, Janet A Englund et al // Clin Infect Dis. – 2009. - Apr 15;48(8). P.1003-32. Doi: 10.1086/598513.
 20. Sethuraman N. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. / Sethuraman N., S. S. Jeremiah, Ryo A. // JAMA.- 2020. - 323(22). –P.2249-2251. Doi:10.1001/jama.2020.8259
 21. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 and other Influenza Viruses (February 2010). - [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf

*Бількевич Н.А., Верещагіна Н.Я., Кавецька Н.А.,
Чернець Т.Ю., Лихацька В.О., Руда М.М.*

ДОСВІД ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК З ФІЗИКАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ: НІВЕЛЮЮЧИ ОБМЕЖЕННЯ, ВИКОРИСТОВУЄМО ПЕРЕВАГИ

Навички з фізикального обстеження пацієнта та вміння інтерпретувати його результати є ключовими для фахової підготовки лікаря будь-якого профілю, у тому числі й майбутніх сімейних лікарів, адже саме в цій галузі медицини буде працювати значна частка теперішніх студентів українських медичних ВНЗ. Опанування такими навичками розпочинається з перших клінічних дисциплін. Вивчаючи пропедевтику внутрішньої медицини, студенти закладають підвалини майбутніх знань та вмінь з методики обстеження пацієнта. При цьому надзвичайно важливим є не лише набуття теоретичних знань, але й практичних навичок, вміння інтерпретувати отримані дані обстеження, що, власне, і становить суть професійної компетентності.

Всесвітня пандемія та необхідність переходу на дистанційне навчання стали викликом для викладачів медичних університетів, змусивши переосмислити організацію навчального процесу. Значні проблеми при проведенні занять з фізикального обстеження пацієнта зумовлені як неможливістю фізичної присутності студентів в аудиторії та взаємодії для тренінгу практичних навичок, так і відсутністю контактів з пацієнтами. Звичайно, такий контакт неможливо повноцінно нічим замінити, однак для досягнення основної мети – набуття досвіду та компетентності в питаннях фізикального обстеження – можна використати можливості онлайн-ресурсів.

Починаючи з весни 2020 року і по даний час навчальний процес на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини ТНМУ ім. І.Горбачевського відбувався в онлайн-режимі із застосуванням онлайн-платформи Teams. З профільного предмету проводили лекції та практичні заняття в режимі реального часу. Ресурси онлайн-платформи дозволяють зберегти відчуття присутності студентів та викладача на занятті, підтримувати візуальний та аудіоконтакт.

Ключовим моментом опанування навичками фізикального обстеження стала демонстрація відеофільмів із їх аналізом та розбором. Така методика допомагає досягнути наступної навчальної мети: по-перше, кількаразове повторення навички сприяє кращому запам'ятовуванню правильної техніки її виконання та послідовності проведення. Крім того, якісні відео дають можливість оцінити властивості перкуторного звуку, аускультативні дані. Під час демонстрації відео викладач повинен коментувати важливі моменти, наприклад, етапи проведення обстеження, його комунікативний компонент, причини тих чи інших патологічних змін, техніку виконання навички тощо. За необхідності демонстрація може поєднуватись з опитуванням студента, під час якого варто перевірити його теоретичні знання у даному контексті та оцінити вміння самостійно інтерпретувати ті чи інші отримані результати, а також передбачити зміни при обстеженні за патології.

Студентів націлювали аналізувати перкуторні та аускультативні звуки системно. Так, при демонстрації перкуторних звуків оцінювали їх висоту, гучність, тривалість, музичність. При демонстрації даних аускультативної серця студентів націлювали аналізувати аускультативну картину за схемою: основні тони серця-додаткові тони-шуми (приналежність їх до фаз серцевого циклу, тембр, висота, гучність та інші характеристики). Так само оцінювали і дані аускультативної легень: характеристики основних та додаткових дихальних шумів - висота, гучність, однорідність, тембр, у яких дихальних фазах вислуховуються. Такий методичний підхід застосовували раніше при проведенні тематичних занять в стимуляційному центрі. Оцінюючи дані аускультативної за схемою, прослуховуючи кількаразово ті чи інші аудіофрагменти, студенти вчилися розрізняти нормальні та патологічні звукові явища, їх характеристики, а також оцінювати аускультативну картину в цілому, не упускаючи важливих моментів, зокрема змін основних дихальних шумів чи тонів серця при різних патологічних станах. Далі студенти отримували домашнє завдання: тренування методики проведення перкусії (техніки як такої та розрізнення властивостей перкуторних звуків) та аускультативної в умовах проживання (на собі самому, за можливості – на товаришах, братах чи сестрах тощо).

Таким чином, дистанційна форма навчання, хоча, нажаль, і не може повноцінно замінити аудиторних занять з оволодіння навичками фізикального обстеження пацієнта, все ж надає ряд додаткових можливостей. Демонстрація навчальних відеофільмів із застосуванням системного аналітичного підходу може покращити якість опанування студентами практичних навичок.

Навчально-наукове видання

**АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчально-науковий посібник

(за редакцією проф. Л.С. Бабінець)

Підписано до друку 23.02.2021.

Формат 60x 84/16. Гарнітура Times New Roman.

Папір офсетний 70 г/м². Друк електрографічний.

Умов.-друк. арк. 37,9. Обл.-вид. арк. 31,77

Тираж 100 примірників. Замовлення № 02/21/1-1.

Видавець та виготувач:

ФОП Осадца Ю.В

м. Тернопіль, вул. 15 Квітня, 2Д/10

тел. (097) 988-53-23



*Свідоцтво про внесення суб'єкта
видавничої справи до державного
реєстру видавців, виготівників і
розповсюджувачів видавничої продукції
серія ТР № 46 від 07 березня 2013 р.*