

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

ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА ДОПОМОГА У ЗАГАЛЬНІЙ ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Науково-практична конференція з міжнародною участю
Збірник праць

04 – 05 грудня 2018 року

м. Київ – 2018

УДК [614.88:614.2](082)

П 21

ВГО «Українська асоціація сімейної медицини»

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

За редакцією:

д.мед.н., професора *Матюхи Л.Ф.*

д.мед.н., професора *Хіміон Л.В.*

д.мед.н., професора *Толстанова О.К.*

Редакційна колегія:

д.мед.н., професор *Шекера О.Г.*

д.мед.н., професор *Заремба Є.Х.*

д.мед.н., професор *Гойда Н.Г.*

д.мед.н., професор *Чухрієнко Н.Д.*

д.мед.н., професор *Коваленко О.Є.*

д.мед.н., професор *Медведовська Н.В.*

д.мед.н., професор, керівник напрямку УАСМ «Наукова робота»

Бабінець Л.С.

к.мед.н., доцент, керівник напрямку УАСМ «Міжнародна співпраця»

Колесник П.О.

керівник напрямку УАСМ «Менеджмент» *Надутьий К.О.*

керівник напрямку УАСМ «Медсестринство» *Головащук Л.А.*

П 21

ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНА ДОПОМОГА У ЗАГАЛЬНІЙ ЛІКАРСЬКІЙ

ПРАКТИЦІ: зб. робіт сучасн. конференції з міжнар. участю, м. Київ, 4-5

грудня 2018 р. / за редакцією Л. Ф. Матюха, Л. В. Хіміон, О. К. Толстанов.

– Бровари : АНФ Груп, 2018. – 180 с.

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

ISBN 978-617-7252-18-3

УДК [614.88:614.2](082)

© ГО «УАСМ», 2018

© НМАПО, 2018

© ТОВ, АНФ ГРУП, 2018

цукрового діабету, при наявності рожевого рефлексу з очного дна – гостра оклюзія центральної вени сітківки.

4. Раптова безболісна втрата зору у істеричних осіб, при відсутності захворювань ока і наявності жвавої реакції зіниці на світло – істеричний амавроз.

5. Швидка безболісна втрата зору впродовж кількох годин або днів, особливо на фоні гострих та хронічних інфекцій – папіліт.

6. Швидка втрата зору впродовж годин або днів, яка супроводжується болем при рухах ока, особливо при наявності плями перед очима – ретробульбарний неврит.

7. Швидка безболісна втрата зору, якій передують блискавки, іскри перед очима, і відчуття «завіси» перед оком – відшарування сітківки.

Література

1. Жабоедов Г.Д., Кіреєв В.В. Офтальмологія: практикум. – К., 2013. – 456 с.
2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги Офтальмологія (Наказ МОЗ України № 117 від 15.03.2007 р. « Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія») : Нормативне виробничо – практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ « Медінформ», 2012. – 156 с.
3. Офтальмологія: учебник / Г.Д.Жабоедов, Р.Л.Скрипник, Т.В.Баран и др.; под редакцией чл. – корр. НАНМ Украины проф. Г.Д.Жабоедова, д – ра мед. Наук проф. Р.Л.Скрипник. – К.: Медицина, 2011. – 448 с.
4. Риков С.О., Ферфильфайн И.Л. Болезни глаз у детей. – К., 2016. – 604 с.
5. Клиническая офтальмология / Е.Е.Сомов. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 392 с.

ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

А.В. Миргород, В.І. Величко, В.Є. Нахашова, А.П. Малицька

*Одеський національний медичний університет,
кафедра сімейної медицини та загальної практики*

Ключові слова: *поліноз, тривога, депресія*

Вступ.

Розлади психоемоційної сфери доволі часто зустрічаються у практиці лікарів первинної ланки. На сьогодні, за інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі близько 300 млн людей мають депресивно-тривожні розлади. За даними різних епідеміологічних досліджень, приблизно у кожного п'ятого пацієнта при зверненні виявляють тривожний чи депресивний розлад [1]. Українці страждають значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу, причому більше схильні жінки [7]. Враховуючи широке розповсюдження депресивних і тривожних розладів, особливо серед пацієнтів,

які страждають на хронічні соматичні захворювання, діагностика і лікування легких та помірних проявів цих розладів у багатьох країнах світу проводиться лікарями, які надають первинну медичну допомогу, а не лікарями-психіатрами [3]

У науковій літературі існує немало досліджень, що розглядають зв'язок різноманітної соматичної патології, у тому числі алергопатології та тривожно-депресивних розладів. Так, сезонний алергічний риніт, бронхіальна астма, atopічний дерматит пов'язані з більш високими показниками тривоги та депресії у порівнянні з практично здоровими особами [2,4,5]. Поліноз — алергічне захворювання (АЗ), викликане сезонним пилюванням рослин. Прояви полінозу обумовлені запальними змінами слизової оболонки, передусім очей та дихальних шляхів. Найчастіше він проявляється у формі алергічного риніту, ринокон'юктивіту та atopічної бронхіальної астми. Поліноз – одне з найпоширеніших АЗ у світі. Його розповсюдженість у різних країнах світу значно відрізняється та становить від 1 до 40 % [6]. Симптоми полінозу можуть значно впливати на якість життя пацієнтів.

На сьогодні зв'язок розладів психоемоційного стану та полінозу у практиці лікарів первинної ланки вивчений недостатньо.

Тому, метою нашого дослідження було оцінити рівень тривоги та депресії у хворих на поліноз.

Матеріали і методи.

Нами були проаналізовані дані анкетування 55 пацієнтів (34 жінок та 21 чоловіків) віком від 18 до 50 років. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи. До основної увійшли 35 пацієнтів з діагнозом поліноз. Критерії включення: встановлений діагноз полінозу, вік від 18 до 50 років, добровільна згода на участь у дослідженні. Критерії виключення: соматичні захворювання в гострій стадії, тяжкі хронічні захворювання, вік молодше 18 та старше 50 років. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб віком від 18 до 50 років без будь-яких АЗ та без будь-яких соматичних гострих та хронічних захворювань.

Для анкетування з метою оцінки рівня тривоги та депресії ми використовували госпітальна шкалу тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Даний опитувальник включає в себе 14 тверджень (два розділи по 7 тверджень). Результати оцінювались наступним чином: сума від 0 до 7 балів - немає ознак тривоги та депресії, 8-10 балів- субклінічні ознаки, 11 та більше балів – ознаки клінічно вираженої тривоги та депресії. Дослідження проводилось в період загострення полінозу. Статистична обробка даних проводилась з допомогою Microsoft Excel 2010.

Результати.

Усі пацієнти основної групи мали встановлений діагноз полінозу, середньо-тяжкого та тяжкого перебігу, клінічно виражений у формі алергічного риніту та/або ринокон'юктивіту. Середній вік хворих склав $35,11 \pm 1,02$ років. Тривалість захворювання в середньому $8,8 \pm 1,2$. За результатами анкетування

основної групи по шкалі тривоги та депресії HADS 23 пацієнти (65,7 %) не мали тривоги, 9 та 3 пацієнти (34,3 %) мали відповідно субклінічні та клінічні ознаки тривоги. Ознаки субклінічної депресії були виявлені лише у 4 пацієнтів (11,4 %), 32 пацієнти (88,6%) не мали ознак депресії. Серед тих, хто мав розлади психоемоційної сфери більшість становили жінки (83,4%). Середній бал тривоги склав $6,08 \pm 0,54$, депресії $4,3 \pm 0,45$. У групі контролю за результатами опитування ми отримали наступні результати: 16 пацієнтів (80 %) не мали тривоги, 4 пацієнти (20 %) мали субклінічні ознаки тривоги, 17 пацієнтів (85 %) не мали ознак депресії, 3 пацієнти (15 %) мали субклінічні ознаки депресії. Клінічно виражену депресію не мав жоден з опитуваних в обох групах. Середній бал тривоги у контрольній групі склав $4,95 \pm 0,4$, депресії $3,85 \pm 0,4$. Середній бал тривоги виявився достовірно вищим в основній групі ($p < 0,05$), різниця при порівнянні середнього балу депресії була недостовірною ($p > 0,05$).

Висновки.

Більш характерним для хворих на поліноз є підвищення рівня тривоги, ніж депресії (34,3 % проти 11,4 %).

Поліноз середньо-тяжкого та тяжкого перебігу може впливати на рівень тривоги (у пацієнтів з полінозом середній бал достовірно вищий, ніж у практично здорових людей ($p > 0,05$)).

Частіше підвищений рівень тривоги у хворих на поліноз спостерігався в осіб жіночої статі (83,4 %).

Підвищення рівня тривоги та депресії у пацієнтів з середньо-тяжким та тяжким клінічним перебігом в період загострення може свідчити про наявність додаткового психоемоційного навантаження, стресованості організму. Наразі питання супутньої тривоги та депресії при полінозі в практиці лікарів первинної ланки є актуальним і потребує більше клінічних досліджень з метою покращення психоемоційного стану таких хворих.

Література

1. Безшейко В. Г. Лікування пацієнтів соматичного профілю із депресією і тривогою. / В.Г. Безшейко // Український медичний часопис. – 2017. – 6(122). – С. 109-112.
2. Ameya U. Amritwar, Christopher A. Lowry, Lisa A Brenner et al. Mental Health in Allergic Rhinitis: Depression and Suicidal Behavior. // Curr Treat Options Allergy. – 2017. – Vol.4(1). – P.71–97.
3. Наказ МОЗ України № 1003 від 24.12.2014 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія».
4. Гармидер О.В. Состояние психоемоциональной сферы у больных поллинозом в фазе обострения. / О.В. Гармидер, А.И. Гоженко // Буковинський медичний журнал. – 2015. – 1(73). – С.34-39.
5. Мурадова О.И. Сравнительная характеристика эмоциональной сферы здоровых

- школьників і дітей с поллинозом в віці 11–17 років. / О.И Мурадова, Л.С.Намазова-Баранова, Р.М. Торшхоева, Г.А. Каркашадзе // Вопросы современной педиатрии. – 2012. - №2. – С.112-113.
6. Пухлик Б.М. Поллиноз. Монографія / Б.М Пухлик. - Вінниця, 2017. 60 с.
7. Депресія серйозніше ніж ми звикли думати [Електронний ресурс] // moz.gov.ua Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА ЕТАПІ ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ

І.В. Непрядкіна, С.П. Пахомова, О.П. Федорова, І.С. Качан
Запорізький державний медичний університет

***Ключові слова:** база стажування, заочний період навчання, дистанційна медична освіта, організація підготовки лікаря.*

Вступ.

Реформування первинної медико-санітарної допомоги вимагає насамперед підготовки фахівця високої кваліфікації, здатного до самостійних дій, прийняття життєво важливих рішень. І хоча лікар вчиться спеціальності все своє життя, правильна і адекватна організація раннього післядипломного етапу навчання може визначати та формувати клінічне мислення і професіоналізм. Навчання в інтернатурі за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» є найважливішим і унікальним етапом у підготовці майбутнього фахівця. Мета будь-якого освіти - розкрити творчий потенціал і можливості самореалізації кожної особистості на благо всього суспільства. Сучасна медична освіта повинна бути безпервною, за якістю підготовки фахівців має відповідати потребам системи охорони здоров'я і суспільства в цілому, конкурентоспроможною, заснованою на сучасних технологіях, з активним наголосом на самостійність лікарів.

Лікарі-інтерни проходять навчання у вигляді очно-заочної форми навчання. Очний цикл передбачає придбання теоретичних знань з дисципліни на профільній кафедрі. Тоді як заочний цикл проходить на базі стажування – первинній ланці охорони здоров'я.

В медичній освіті під час заочного навчання в якості основного способу традиційно використовувалося спільне (а потім і самостійне) «ведення» пацієнта. Цей реальний процес включає всі етапи обстеження та діагностики, складання і реалізації плану лікування, подальшого обговорення динаміки стану пацієнта і оцінки результатів лікування. У ньому відбувається передача досвіду лікування від одного фахівця до іншого і привласнення професійних

Миргород А.В., Величко В.І., Нахашова В.Є., Малицька А.П. ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ	109
Непрядка І.В., Пахомова С.П., Федорова О.П., Качан І.С. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» НА ЕТАПІ ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ	112
Никоненко О.С., Шаповал С.Д., Дмитрієва С.М. СУЧАСНІ ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	114
Нищук-Олійник Н.Б., Федоров С.В., Позур Н.З. БІОМАРКЕР ST2 ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	116
Нірода А.І., Колесник П.О. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	118
Потапов Ю.О., Пилипенко В.В., Сняченко Т.Ю., Верзілова С.Ф. ПІДГОТОВКА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ПИТАНЬ РЕВМАТОЛОГІЇ	120
Радомська Т.Ю. ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ В АМБУЛАТОРНИХ ПАЦІЄНТІВ	122
Радомська Т.Ю. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕОКАРДІЛУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ЖІНОК	123
Редька О.В., Бабінець Л.С., Дмитришина Г.А. ДИНАМІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	125
Решетілов Ю.І., Дмитрієва С.М., Алипова О.Е., Васильченко О.Ю., Проценко Н.М. СУЧАСНА МОДИФІКАЦІЯ ТРАДИЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ВИКЛАДАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	126
Сельська М.Р., Юрченко К.О., Матюха Л.Ф., Титова Т.А., Матвієць Л.Г., Тарнавська О.О. ПНЕВМОЦИСТНА ПНЕВМОНІА У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	129
Сельська М.Р., Юрченко К.О., Титова Т.А., Матвієць Л.Г., Тарнавська О.О. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СНІДУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	131