

4) оформлення текстової та графічної частин локального протоколу відповідно до рекомендованої матриці з термінами виконання, переліком діагностичних та лікувальних медичних втручань (необхідних дій) з низьким ступенем відхилень від уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ від 21.12.2012 №1118), зазначенням виконавців, порядку взаємодії членів мультидисциплінарної команди, етапів виконання, переліком індикаторів якості, проміжних та кінцевих очікуваних результатів, та створенням графічної схеми маршруту пацієнта,

5) обговорення проекту локального протоколу зазвичай відбувається шляхом японської (кільцевої) системи прийняття рішень, коли на обговорення виноситься проект і кожен член робочої групи надає свої зауваження; остаточне рішення приймається на загальній нараді, що затверджується протоколом засідання,

6) затвердження локального протоколу відбувається наказом головного лікаря та узгоджується з управлінням охорони здоров'я області.

Розробка та впровадження локальних протоколів з цукровою діабету 2 типу є на сьогодні нагальним питанням, оскільки видано наказ МОЗ України від 19.06.2014 № 414, в якому зазначено про початок моніторингу індикаторів якості медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу.

## **РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В РЕАЛІЗАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Корж О. М.**

Харківська медична академія післядипломної освіти (Україна)

На початку XXI століття провідною причиною смерті є хронічні неінфекційні захворювання, на частку яких припадає близько 90% смертей. Досвід економічно розвинених країн свідчить, що збільшення тривалості життя їх населення досягнуто не шляхом поліпшення якості лікування, а шляхом зниження захворюваності через первинну профілактику.

Головною діючою особою в реалізації заходів по профілактиці неінфекційних захворювань, їх популяризатором та пропагандистом має стати сімейний лікар, який володіє унікальною інформацією про стан здоров'я декількох поколінь, в тому числі про спадкові та набуті захворювання, і може скласти оптимальну програму профілактики для конкретного пацієнта. Профілактика захворювань, вивчення та корекція факторів ризику хвороб, формування здорового способу життя є основними напрямками науково-дослідної, навчально-методичної та виховної роботи кафедри загальної практики - сімейної медицини та одним з провідних напрямків роботи ХМАПО.

Реформування охорони здоров'я, що проводиться в Україні, передбачає посилення профілактичної спрямованості в роботі сімейного лікаря. У сферу його діяльності входить не тільки профілактика інфекційних захворювань, а й профілактика основних неінфекційних захворювань. Найбільш глобальними проблемами сьогодення є профілактика артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, алергічної та онкологічної патології, а також профілактика смерті від зовнішніх причин. Загальновідомо що захворювання внутрішніх органів, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет в значній мірі обумовлені розвитком атеросклерозу, дисліпідемії, гіперглікемії, ожиріння; зловживанням сіллю, вуглеводами і алкоголем; недостатнім вживанням овочів і фруктів; низькою фізичною активністю;

курінням і екологічним неблагополуччям. Загальновідомо також, що атеросклероз починає розвиватися у плода ще в утробі матері. Тому профілактику цього захворювання, також, як і алергії, алкоголізму та іншої патології у населення треба починати з пре- перинатального періоду і продовжувати все життя.

Профілактика повинна бути не проектом, а повсякденною роботою лікаря первинної ланки і займати в ній не менше 30 % робочого часу. Найбільшу значущість набуває короточасне мотиваційне консультування пацієнтів, пропаганда здорового способу життя, формування груп ризику і скринінги. Організація роботи в установах первинної медичної допомоги створює значні можливості поєднання профілактичної та лікувальної роботи. Профілактична спрямованість роботи включає первинну профілактику, спрямовану на запобігання виникнення захворювань і ранню діагностику, в якій особлива роль належить профілактичним оглядам, а також вторинну профілактику рецидивів вже виниклих хронічних захворювань.

Таким чином, сімейний лікар активно займається первинною профілактикою, яка має на увазі комплекс заходів, спрямованих на попередження самого факту виникнення захворювання, а також вторинною профілактикою, тобто своєчасним виявленням та лікуванням вже наявного захворювання. Успіх профілактичної діяльності лікаря залежить не тільки від професійних знань, а й від його переконаності у важливості заходів щодо формування здорових звичок. Важливо, щоб лікар сам відмовився від куріння, інших шкідливих звичок, розвивав себе фізично, правильно харчувався, не мав надмірної маси тіла, не зловживав алкогольними напоями.

Таким чином, саме медична профілактика як вид професійної діяльності та охороні здоров'я покликана впливати на показники здоров'я та оптимізувати ресурси. І тут сімейному лікареві відводиться провідна роль у розвитку профілактики як повсякденного, затребуваного самим життям виду професійної діяльності.

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ У МЕНОПАУЗИ**

**Насраллах А. Х., Глушко Л. В., Федоров С. В., Позур Н. З., Вербовська О. С.**  
Івано-Франківський національний медичний університет (Україна)

Метаболічний синдром (МС) характеризується наявністю складових компонентів, які значно підвищують ризик виникнення ССЗ чи цукрового діабету 2 типу. В жіночій популяції МС зустрічається в 20-30% осіб середнього віку; по мірі розвитку менопаузи частота випадків його значно збільшується.

*Мета роботи:* оцінити якість життя пацієнтів із МС.

*Матеріал та методи дослідження.* Обстежені 130 хворих із метаболічним синдромом (МС): 24 особи чоловічої статі та 106 жінок. Останні, в свою чергу, були розділені на дві групи: 80 осіб, які перебували в стані фізіологічної менопаузи, та 26 хвора з МС без ознак менопаузи. До дослідження також були включені 21 практично здорові жінки без ознак МС в менопаузі. З метою оцінки якості життя проводили опитування за допомогою анкети EuroQol-5D (EQ-5D).

*Результати дослідження.* Менопауза чинить найбільш вагомий вплив на рухливість: 52,38% жінок із відсутнім МС та 60% з ознаками МС скаржились на помірне обмеження рухливості. Подібна ситуація спостерігалась і щодо проблем із самообслуговуванням, які були виявлені виключно за наявності менопаузи. Помірний біль чи нездужання відмічали