

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

58,3% респондентів чоловічої статі, 81,25% жінок із менопаузальним МС та 71,43% жінок в менопаузі без МС. В той же час, в когорті жінок із відсутніми місячними сильний біль чи нездужання спостерігались у двох жінок (2,5%) із МС та у трьох жінок (14,29%) без нього. Помірна тривога чи депресія була виявлена у половини опитаних чоловіків із МС, 72,5% менопаузальних жінок із МС та у 71,43% жінок без згаданого синдрому. У жінок репродуктивного віку з МС зазначена ознака відмічалась у 19,23% випадків. Разом з тим, 2,5% респондентів із МС в менопаузі описували дуже сильну тривогу/депресію.

Висновок. Таким чином, МС за умови менопаузи є додатковим чинником зниження якості життя.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ПЛОТНОГО ПРОЕКТУ З АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кухарчук К. М., Ткаченко В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність: За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 р. в Україні зареєстровано 121 22512 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає 32,2% дорослого населення країни. Показник поширеності АГ становить 32 154,0 на 100 тисяч населення, захворюваності – 2 536,1 (абсолютні дані – 956 134). Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу у дорослих (18 років і більше) становить 46,8%. При цьому приймають будь-які гіпотензивні препарати відповідно 48% міських мешканців і 38% сільських жителів з підвищеним артеріальним тиском (АТ), а ефективність лікування становить лише 19% у міській і 8% у сільській популяціях [Наказ МОЗ України № 795/75 від 03.11.2009].

Для покращення ситуації та надання медичної допомоги населенню, Кабінетом Міністрів України започатковано реалізацію з 1 червня 2012 р. по 31 грудня 2014 р. пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з АГ (далі - пілотний проект).

Мета: проаналізувати прихильність лікарів первинної ланки щодо призначення гіпотензивної терапії для реалізації пілотного проекту з АГ, а також визначити ефективність призначеної терапії серед населення Київської області.

Матеріали та методи: нами було ретроспективно проаналізовані дані амбулаторних карток 47 пацієнтів з АГ, з них 33 (70,21%) становлять жінки, 14 (29,78%) – чоловіки. Середній вік пацієнтів – 54,96±12,16 роки, середня тривалість АГ – 10,52±6,25 роки. Ми вивчали дані щодо препаратів вибору лікарями первинної ланки при призначенні терапії АГ, динаміку рівня АТ у пацієнтів на фоні призначених гіпотензивних препаратів. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel 2007.

Результати та їх обговорення. Під час вивчення медичної документації було виявлено, що 20 (42,55%) пацієнтам було ініційовано лікування АГ з монотерапії, а 27 (57,45%) пацієнтам було призначено відразу комбіноване лікування. При монотерапії препаратами вибору лікарів первинної ланки були в 60% інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), а саме в 30% випадків - еналаприл, 20% - лізиноприл, 10% - раміприл. Решті пацієнтів було призначено лозартан (15%), бісопролол (10%), карведілол (5%), амлодипін (10%). До моменту призначення монотерапії САТ