

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ ЖУРНАЛ ВНУТРІШНЬОЇ ТА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

ВОСТОЧНОЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ
ВНУТРЕННЕЙ И СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

THE EAST EUROPE JOURNAL
OF INTERNAL AND FAMILY MEDICINE

Засновники

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Харківська обласна організація «Асоціація лікарів
загальної практики — сімейної медицини»

Рекомендовано до друку

Вченою радою
Харківської медичної академії післядипломної освіти
(протокол № 4 від 18.04.2016 р.)

Заснований у 2014 року

Виходить 2 рази на рік

Свідоцтво про державну реєстрацію

друкованого засобу масової інформації
серія КВ №21084-10884Р від 16.12.2014 р.

Науково-практичний журнал з дистанційної освіти

Відповідальний секретар Двояшкіна Ю.І.

Заст. відповідального секретаря

Хоменко Л.О., Журавльова А.К.

Розробники та модератори сайту журналу

Н.А. Лопіна, Т.А. Рогачова, Ю.К. Сикало

Дизайн обкладинки В.В. Кулик

Комп'ютерна верстка О.А. Ільїна

Ум. друк. арк. 12,00. Зам. 08_12-01.

Журнал видається і розповсюджується
на благодійні кошти

Електронна адреса журналу:

<http://www.internalmed-journal.in.ua/>

Для кореспонденції: teraprevm@med.edu.ua

ФАКТ

Видавництво «ФАКТ»

61166, Харків, вул. Бакуліна, 11, оф. 4-28

Тел./факс: (057) 760-47-16, 756-43-75

E-mail: vestnik_TIMO@ukr.net

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3172 від 22.04.2008.

Виготовлено у ФОП В. Є. Гудзинський

Україна, 61072, м. Харків, вул. 23-го Серпня, 27.

Тел./факс: (057)340-52-26.

Керівник проекту

Хвисюк О.М.

Шеф-редактор

Корж О.М.

Головний редактор

Опарін О.А.

Заступники головного редактора

Журавльова Л.В., Лаврова Н.В.

Редколегія:

Хвисюк М.І., Алієв Д.А. (Азербайджан), Бабак О.Я., Біловол О.М. Білоусова О.Ю., Благовещенська А.В., Бойко В.В., Болотна Л.А., Железнякова Н.М., Звягінцева Т.Д., Касьянова О.М., Корж М.О., Кочуєва М.М., Кочуєв Г.І., Краснокутський С.В., Марченко В.Г., Михайлов Б.В., Опарін А.Г., Пасієшвілі Л.М., Сосін І.К., Тондїй Л.Д., Фадєєнко Г.Д., Яременко О.Б.

Редакційна рада:

Абдулаєв Р.Я. (Харків), Алієв А.Д. (Азербайджан), Березняков І.Г. (Харків), Більченко О.В. (Харків), Бодня К.І. (Харків), Бука С. (Латвія), Волосовець О.П. (Київ), Волошина О.Б. (Одеса), Газізов Р.М. (Росія), Гарюк Г.І. (Харків), Гейниця О.В. (Росія), Гірка В.Д. (Харків), Грищенко О.В. (Харків), Жаловага А.С. (Польща), Імонов М.С. (Таджикистан), Калда Р. (Естонія), Козідубова С.М. (Харків), Лабаш П. (Словаччина), Лазаренко В.Д. (Росія), Літовченко Т.А. (Харків), Майкова Т.В. (Дніпропетровськ), Матюха Л.М. (Київ), Машетова Л.К. (Росія), Немец Ю. (Словаччина), Орновський М. (Польща), Орловський В.Ф. (Суми), Пархоменко Л.К. (Харків), Решетілов Ю.І. (Запоріжжя), Сабіров Д.М. (Узбекістан), Сенаторова Г.С. (Харків), Сергієнко О.І. (Харків), Свінцицький А.С. (Київ), Сидорчук Л.П. (Чернівці), Хімїон Л.В. (Київ), Шадманов А.К. (Узбекістан), Шамсієв А.М. (Узбекістан), Швець О.В. (Київ), Шекера О. Г. (Київ)

МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»
(20—21 квітня 2016 р., м. Харків)

ВПРОВАДЖЕННЯ ВІРТУАЛЬНИХ
І СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВКУ
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

*О.М. Хвисьюк, В.Г. Марченко, О.М. Корж,
Ю.А. Коломійченко, О.А. Цодікова*

Харківська медична академія післядипломної освіти

Сучасні тенденції медичної освіти пропонують використання симуляційної техніки, що дозволяє досягти максимального ступеня реалізму при імітації різноманітних клінічних сценаріїв, а також відпрацювання технічних навичок окремих діагностичних і лікувальних маніпуляцій. Медпрацівники та викладачі медичних вузів всього світу визнають, що навчання на базі моделювання тих чи інших ситуацій в значній мірі сприяє поліпшенню медичного обслуговування за рахунок підвищення продуктивності праці фахівців і рівня безпеки пацієнтів.

Застосування фантомного і симуляційного навчання у підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини бачиться як прийнятний і необхідний напрям у навчальному процесі. Для забезпечення високої якості практичної підготовки слухачів тільки наявності тренажерів недостатньо. Необхідно використання певних педагогічних технологій, що забезпечують спадкоємність системи відпрацювання та вдосконалення практичних навичок і підготовку до виконання професійної діяльності на всіх етапах навчання слухача.

Ефективний процес навчання в сучасних умовах найбільш доцільний при використанні інноваційних віртуальних навчальних технологій, що дозволяють найбільш оптимально формувати й удосконалювати професійні знання, вміння та навички у лікарів без наявності пацієнтів, а з використанням комп'ютерних симуляторів, спеціальних фантомів, муляжів і тренажерів, які забезпечують створення віртуальної реальності медичних втручань і процедур.

Профілі віртуальних пацієнтів є унікальним інструментом, що дозволяє лікарям загальної практики-сімейної медицини удосконалювати практичні навички і професійні знання в області діагностики і лікування різноманітних захворювань в будь-який зручний для них час.

Саме в напрямку міждисциплінарного та міжпрофесійного підходу до розробки інтегрованих програм симуляції знайшли перспективу і фахівці Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО). Ця перспектива полягає в запровадженні симуляційних технологій у системі практично-орієнтованого навчання лікарів, зокрема лікарів загальної практики-сімейної медицини, включаючи всі форми їх підготовки: інтернатура, спеціалізація

та цикли тематичного вдосконалення. Кінцева мета симуляційного навчання лікаря будь-якої спеціальності — зниження лікарських помилок та зменшення ускладнень, а підвищення якості надання первинної медико-соціальної допомоги населенню.

Із 2014 р. наказом ректора ХМАПО було створено «Центр симуляційного навчання», де в межах державних освітніх програм і стандартів вищої професійної освіти, програм післядипломної освіти реалізується розвиток майстерності фахівців через застосування методів симуляційного навчання, створюється навчально-методичний супровід на циклах післядипломної освіти лікарів із використанням інтерактивних технічних засобів (тестові завдання для інтерактивних систем голосування, базові навички на основі імітаційних тренажерних комплексів).

Останнім часом у ХМАПО обґрунтовується впровадження в систему післядипломної підготовки сімейних лікарів методика «стандартизований пацієнт», яка створює можливість перевірити свої практичні вміння роботи з пацієнтом під час проведення іспитів.

Застосування симуляційних освітніх технологій у підготовці сімейних лікарів з можливістю об'єктивної оцінки засвоєння професійних умінь і навичок, безумовно, призведе до значного підвищення кваліфікації медичних фахівців та рівня готовності їх використання в клінічній практиці.

РЕЗУЛЬТАТИ НЕЗАВИСИМОГО МОНИТОРИНГА
СОСТОЯНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ХАРЬКОВЕ

*Барская Л.Я¹, Фролова Т.В¹, Охалкина О.В¹,
Стенковая Н.Ф¹, Берус А.В².*

*Харьковский национальный медицинский университет¹
Харьковская городская клиническая многопрофильная
больница №17²*

В феврале 2016 года журнал «Lancet» обнародовал результаты современного анализа состояния грудного вскармливания в странах с разными социально-экономическими характеристиками. Так, в странах с высоким уровнем дохода на грудном вскармливании до 12 месяцев находится 1 малыш из 5, тогда как в государствах со средним или низким уровнем материального благополучия исключительно грудное вскармливание до шестимесячного возраста получает 1 из 3 детей. Большое внимание в публикациях уделено экономическому потенциалу, который имеет расширение практики грудного вскармливания, показана современная модель

Серед основних причин смерті за локалізацією онкологічної патології у чоловіків у 2014 році були: злоякісні новоутворення легенів, шлунку, прямої кишки, передміхурової залози, ободової кишки, які разом складають більшу половину (56%) таких випадків. У жінок серед основних причин смерті за локалізацією онкологічної патології найчастіше зустрічаються злоякісні новоутворення: молочної залози, шлунку, ободової кишки, прямої кишки, яєчників, шийки матки.

Саме тому вивчення факторів ризику виникнення та розвитку онкологічної патології з роками не втрачають своєю актуальності.

До сучасних факторів ризику віднесені: вік, расо-етнічна належність, спадковість, особливості харчування, надлишкова вага тіла, шкідливі звички, низька фізична активність, екологічні фактори, інтенсивність ультрафіолетового опромінення, вазектомія в анамнезі, доброякісна гіперплазія, порушення регуляції статевих гормонів. Встановлено, що рак простати — захворювання чоловіків похилого віку. Середній вік хворих 62—70 років.

Аналіз частоти захворюваності в США засвідчив, що РПЗ на 60% частіше зустрічається у осіб негроїдної раси ніж у азіяців. Доведено, що спадковий фактор збільшує ризик захворювання та смерті з його причини. При розвитку РПЗ у батька або брата ризик захворювання зростає в більш ніж 2 рази. Ризик збільшується якщо на РПЗ захворіло декілька родичів.

При встановленні впливу спадкового фактору не можна виключати фактори статевого життя. Доведено, що підвищена сексуальна активність знижує ризик розвитку РПЗ. Венеричні та урологічні інфекції, також сприяють розвитку РПЗ. Урогенітальні інфекції мають вплив на ендокринні клітини простати, провокуючи розвиток ракових клітин та їх розмноження.

У пацієнтів з надмірною вагою ризик померти від РПЗ в 2 рази вищий ніж у чоловіків з нормальною вагою, отже вплив на покращення способу життя, харчування та звички доцільний для зменшення ризику захворювання.

За результатами проведених досліджень встановлено, що мешканці південних країн набагато менше хворіють на РПЗ в порівнянні з тими ж віковими групами чоловіків, які проживають в північних країнах, отже зменшення інтенсивності ультрафіолетового опромінення та низький рівень вітаміну D також має вплив на розвиток РПЗ.

Згідно сучасних даних серед факторів ризику розвитку раку передміхурової залози виділяють ендогенні (генетичні, порушення гормонального балансу), расово-етнічна приналежність та екзогенні (вплив умов оточуючого середовища).

Фактори ризику відповідно поділяються на керовані та некеровані, що сприяють переходу патогенної форми РПЗ в клінічну. До керованих факторів відносять: шкідливі звички та харчування, шкідливості та особливості праці (сидяча робота, робота з шкідливими речовинами, опромінення, інсоляція), спосіб життя та фізична активність, частота та тривалість запального процесу в передміхуровій залозі в анамнезі.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРУРИКЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ПРОЯВУ ПОЛІМОРБІТНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

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

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Гіперурикемією вважається підвищення сечової кислоти сироватки крові вище 360 мкмоль/л за рекомендацією EULAR (європейської антиревматичної ліги) [7]. Безсимптомне збільшення рівня сечової кислоти мають 5—8% популяції, з них тільки у 5—20% розвивається подагра [3].

Серед найбільш поширених причин, що впливають на рівень сечової кислоти, лідирує метаболічний синдром і його компоненти. За останніми літературними даними, гіперурикемія розглядається як маркер метаболічного синдрому. Поширення метаболічного синдрому зростає з кожним роком, що частково пояснює збільшення відсотку гіперурикемії та подагри [1, 8].

Лікарям загальної практики сімейної медицини необхідно своєчасно виявляти гіперурикемію для застосування «терапевтичного вікна», що визначає межі тимчасового періоду, усередині якого з найбільшою ефективністю можуть проводитися лікувальні заходи, тобто до розгортання артриту та метаболічних порушень на ранніх стадіях діагностики цієї розповсюдженої патології. Рання діагностика гіперурикемічного синдрому повинна базуватися на наявності об'єктивних даних з лабораторними підтвердженнями. Основою розвитку запального процесу є каскад біологічних та імунологічних процесів, спрямованих на елімінацію, пошкоджуючого фактора, відновлення уражених тканин та порушених функцій. Наслідком гострофазової відповіді епідвищення температури тіла, лейкоцитоз, підвищення швидкості осідання еритроцитів, синтезу деяких білків плазми крові та гормонів, підвищення рівня сечової кислоти у сироватці крові.

Гіперурикемія зустрічається в 10 разів частіше ніж клінічно маніфестна подагра. Даний симптом не є симптомом захворювання подагри, так як гіперурикемія також спостерігається при інших захворюваннях (хвороби крові, пухлини, захворювання нирок й т.п.), надзвичайно високих фізичних перевантаженнях і харчуванні жирною їжею [1, 9]. До причин підвищеного утворення сечової кислоти належать: вживання алкоголю та їжі багатой пуринами та фруктозою, гематологічні захворювання, такі як мієло- і лімфопроліферативні хвороби; псоріаз; синдром розпаду пухлини [5].

Якщочасна діагностика гіперурикемії запізнюється, тоді лікар може бачити різного ступеня тяжкості рентгенологічні і клінічні ураження суглобів [3,4]. За перші п'ять років хвороби діагноз був встановлений лише у 24,9% хворих, проте 10,2% отримували не регулярно базисну терапію з різних причин і в першу чергу в результаті необхідності [3]. Таким чином, відмічається, зростання сечової кислоти, яка перевищує нормальні показники тільки розчинного уратного пула у хворих на подагру без тофусів у 2—4 рази, а при тяжкій тофусній подагрі — до 30 разів. Тому подагра заслужено відноситься до «хвороб накопичення». Саме цим пояснюється той факт, що причиною смерті до 40% хворих на подагру є уремія, яка розвива-

ється в наслідок подагричної нефропатії [2, 5, 6]. Таким чином, ці дані свідчать про наявність існуючих проблем в діагностиці гіперурикемії і лікуванні подагри. Своєчасна корекція гіперурикемії може в майбутньому запобігати розвитку кардіоваскулярних захворювань та уражень нирок.

Саме тому застосування алгоритму діагностики гіперурикемічного синдрому має вирішальне значення у щоденній практиці лікарів загальної практики- сімейної медицини з метою забезпечення попередження незворотних ускладнень та поліпшення якості їх життя.

КІНЕСТЕЗІОМЕТРИ І КІНЕЗІСТИМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ — СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Завгородній О.О.

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Спосіб сегментарно-рефлекторної кінезінейростимуляції призначений для проведення кінестезіометрами нейрорефлекторної, вегетативно-судинної активації органів та систем людини; безголкової акупунктури; масажу тіла з фізіологічною спрямованістю та з метою лікувально-оздоровчого його впливу; проведення мануальної терапії; відновлення рухових, чутливо-моторних і вегето-судинних функцій; для активізації емоційно-вольової якості; збільшенням фізіологічної активності та працездатності.

Вплив кінестезіометрів на різні сегменти тіла людини дозволяє проводити багатофункціональну синергійну лікувально-оздоровчу кінезінейроактивацію: рецепторну, аксон-рефлексогенну, метамерну, рефлексогенно-коркову, нейровегетативну, лімфосаногенетичну, рефлекторно-акупунктурну, нейросудинну, шкірно-вегетативну, сенсорно-вісцеральну, сенсорно-моторну, нервово-м'язову, суглобово-м'язову, антиоцицептивну, реципрокную, пропріоцептивну, сегментарну, mano-, -педокінезінейроактивацію, краніоцеребральну, цервікальну, паравертебральну, тулубну, психокоректорну.

Кінестезіометри в медичній реабілітації розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури, сприяють появі компенсаторних навичок, поліпшують роботу серцево-судинної та нервової систем, поліпшують системний мозковий кровообіг, функцію дихання, нирок, шлунка, кишківника, печінки. Кінезістимуляція кінестезіометрами моторно-вісцеральних зон та шкірно-вісцеральних рефлекторних систем відновлює органи та системи організму.

Показання: лікування функціональних та органічних захворювань центральної, периферичної та вегетативної нервової системи (післяінсультні геміпарези, паралічі, контрактури, дитячий церебральний параліч, паркінсонізм, розсіяний склероз, пірамідні та екстрапірамідні порушення, хребцевий остеохондроз, плексити, неврити, полінейропатії та ін.); лікування захворювань радіаційних наслідків аварії на ЧАЕС; гіпокінезії, гіподинамії в післяінсультному та післяопераційному періодах; лікування вегетативно-судинної дистонії, артеріальної гіпертонії,

захворювань опорно-рухового апарату (артрози, артрити, синдром Зудека, контрактури після сухожильного шва, тендовагініти, плечолопатковий періартроз, коксартроз, п'яткові «шпори» та ін.); лікування атонії шлунково-кишкового тракту, астенії, імпотенції, фригідності, неврозів тощо.

Техніка виконання:

1. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи.

Лікувально-оздоровчі впливи кінезістимуляційної терапії проводяться кінестезіометрами-кінезістимуляторами на сегментарно-рефлексогенні зони з їх біологічно активними точками та системами 1—5—10 хвилин 1—3 рази на день.

2. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи на спині.

Покласти долонну поверхню руки та підшовну стопи на кінестезіометр і здійснювати рухи (розкотуючого типу) 1—5 хвилин 1—3 рази на день.

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Завгородній А.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

В учебном процессе по приобретению врачами практических навыков подробно излагаются основы многофункциональности способа сенсорно-моторной психотерапевтической коррекции речевых и вегетативных нарушений. Они включают психотерапевтическую коррекцию речевого режима в восстановлении речевых функций; особенности дифференцированного лечебно-коррекционного восстановления устной и письменной речи; рассудочную психотерапию в системе восстановления речевых функций; участие семьи в психотерапевтической коррекции речевого режима для восстановления речевых функций; психотерапевтическую коррекцию вегетативных нарушений с современными методами терапии и медицинской реабилитации.

Сенсорно-моторно-психотерапевтическая коррекция восстановительной терапии речевых и психовегетативных нарушений основана на психофизиологической конвергенции окулomotorно-речевых анализаторных систем и многофункциональности нейрофизиологических синергически-саногенетических интегративных структурно-функциональных воздействий лечебно-восстановительной терапии; правильности формирования и произношения речи, которая произносится на взаимосвязи функционирования анализаторных систем слуха и речи, зрительного восприятия письма и чтения, т.е. способности речевого анализа и синтеза, что позволяет врачу системно и дифференцированно проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корректировать сенсорномоторные речевые структурно-функциональные системы человека.

Большой должен говорить медленно, плавной, четкой речью, выполняя при этом основные правила произношения речи: всегда при разговоре смотреть в глаза собеседнику или в ту сторону, где он находится; прежде чем сказать, необходимо сделать вдох, глубина которого должна соответствовать длине фразы, что достигается опытом