

## ПРОБЛЕМИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ І ЛІКАРЯМИ-ЕНДОКРИНОЛОГАМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РОЗВ'ЯЗАННЯ

**Катеренчук В.І.**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*Стаття присвячена актуальній проблемі надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет. Описано сучасний стан проблеми, визначено шляхи її розв'язання. Указано на роль підвищення кваліфікації лікарів та кооперацію ендокринологів і лікарів загальної практики у розв'язанні проблеми цукрового діабету типу 2.*

*Ключові слова: ендокринологія, цукровий діабет, міжнародні стандарти.*

Ендокринологія - одна з медичних галузей, які стрімко і динамічно розвиваються. Це зумовлено тим, що друга половина ХХ і початок ХХІ століття характеризуються стрімким зростанням поширення ендокринної патології, серед яких провідна роль належить цукровому діабету та ожирінню. Експерти ВООЗ визначають ожиріння і цукровий діабет типу 2 як основні неінфекційні епідемії сьогодення. Цукровий діабет типу 2 (ЦД-2) за своїми медико-соціальними наслідками є однією з топових хвороб і однією з найбільш значимих витратних статей організації охорони здоров'я. Тому в усьому світі поліпшенню якості діагностики та лікування цукрового діабету приділяється дуже велика увага. Для поліпшення якості надання медичної допомоги національні системи охорони здоров'я стають більш відкритими, кооперуються та розробляють спільні уніфіковані алгоритми діагностики і лікування.

Зростання медико-соціальної значимості цукрового діабету збіглося з розвитком засобів технічної комунікації та посиленням процесів глобалізації. Ці процеси створили сприятливі умови для поліпшення комунікації між основними континентальними діабетичними товариствами: Американської діабетичної асоціації (ADA) та Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету (EASD), що сприяло створенню уніфікованих глобальних протоколів з менеджменту цукрового діабету. І якщо до 2012 року кожна з континентальних асоціацій оприлюднювала власні стандарти допомоги, то з цього часу обидві асоціації щорічно публікують спільний уніфікований протокол, який є глобальним керівництвом у наданні допомоги діабетичним хворим [1; 2].

Оскільки ЦД-2 - одна з ключових проблем сучасної медицини, то власне ЦД-2 є сферою інтересів медичної та фармацевтичної спільноти. Останні десятиліття позначилися значним зростанням кількості груп лікарських засобів для лікування даної патології - у порівнянні з 90-ми роками ХХ століття вона подвоїлася. Розробка та щорічне оновлення глобальних протоколів, застосування сучасних ІТ-технологій створює передумови для поліпшення якості надання медичної допомоги хворим на ЦД-2 у будь-якій країні світу.

Позитивні зміни певною мірою відбуваються і в Україні. До них слід віднести, перш за все, державне визнання діабету як провідної медико-соціальної проблеми. Національна програма «Цукровий діабет» сприяла підйому інтересу фахівців усіх спеціальностей та немедичної спільноти до проблеми діабету, що значно поліпшило діагностику цієї патології. Однак після завершення терміну дії програми за багатьма напрямками відбулося повернення до початкових позицій.

Незаперечним позитивом є передача повноважень із виявлення, первинного лікування і моніторингу хворих на ЦД-2 лікарям загальної практики - сімейної медицини. Лікарю-ендокринологу при цьому відводиться роль спеціаліста-організатора, роль менеджера. Передача повноважень лікарям загальної практики збігається із загальносвітовою тенденцією, оскільки в переважній більшості країн світу саме первинна ланка відповідає за діагностику і лікування хворих з неускладненим ЦД-2.

Такий підхід цілком обґрунтований, оскільки ми маємо значне зростання поширення діабету з 0,2% населення в середині ХХ століття до 3-4% діагностованих хворих натеper. При цьому приблизно така ж кількість хворих залишається недіагностованими. Підвищення ступеня діагностики діабету можливе тільки за рахунок залучення до діагностичного процесу лікарів первинної ланки, оскільки лікарі-ендокринологи фізично не впораються зі стрімко зростаючою популяцією хворих.

У той же час перерозподіл обов'язків супроводжувався низкою проблем, частина з яких натеper не розв'язана. Мала місце негативна реакція лікарів первинної ланки на залучення їх до ведення цієї патології, що було пов'язано з поганою обізнаністю лікарів із проблемою діабету та необхідністю ознайомлення з новими протоколами і значною кількістю нових лікарських засобів. При цьому годин, виділених на вивчення ендокринології в рамках під- і перепідготовки сімейного лікаря, явно недостатньо для повноцінного ознайомлення з даною проблемою. У 2010 році в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика було відкрито першу в Україні кафедру діабетології, однак, на жаль, вона так і залишилася єдиною і навряд чи зможе повністю забезпечити потреби підвищення кваліфікації сімейних лікарів.

Окрім того, тривалий час були відсутні національні протоколи з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет. Глобальні світові протоколи недоступні для більшості вітчизняних лікарів у зв'язку з практично повною відсутністю знання англійської мови. Вихід національних протоколів [3] став вагомим кроком у поліпшенні питання якості діагностики та лікування хворих на ЦД-2, однак і тут не обійшлося без деяких недоліків. Цей протокол досить редукований і схематичний, розрахований більшою мірою на ендокринолога і часто незручний для сімейного лікаря; не дає відповідей на практичні запитання, які виникають під час роботи з хворими на ЦД-2. Не обійшлося в протоколах і без привнесення національних особливостей – варіантів лікування, які відсутні в будь-якій іншій країні світу.

Та попри всі проблеми і наявні недоліки можна говорити про певне поліпшення стану ознайомлення лікарів загальної практики з проблемою ЦД-2, активніше їх залучення до процесу діагностики і лікування цієї хвороби. Потрібно лише здійснювати подальші послідовні кроки в правильно обраному напрямі.

З метою поліпшення кваліфікації лікарів у галузі діабетології вважаємо за необхідне:

1. Поліпшити кооперацію між лікарями-ендокринологами та сімейними лікарями. Потрібен чіткий розподіл обов'язків із гармонійним доповненням, а не дублюванням функцій. Розроблення алгоритмів взаємодії між лікарями та чітке визначення повноважень лікарів різних спеціальностей і ситуацій, коли необхідне залучення суміжних спеціалістів.

2. Створити розширені протоколи надання допомоги діабетологічним хворим, розраховані на лікарів первинної ланки, принаймні на перехідний період.

3. Імплементувати міжнародні протоколи ADA/EASD в Україні та видати єдиний офіційно затверджений варіант перекладу українською мовою. Локальні протоколи, призначені для лікарів первинної ланки, мають базуватися на глобальних протоколах. Освітній та кваліфікаційний рівні лікарів загальної практики необхідно неухильно підвищувати з тим, щоб вони могли вільно працювати з глобальними протоколами.

4. Підвищити рівень володіння лікарями англійською мовою. Англійська мова на сьогодні є офіційною мовою світової медицини. Уся найбільш актуальна інформація, оновлені версії стандартів публікуються англійською мовою. Знання англійської мови дозволить лікарям поліпшувати свою кваліфікацію шляхом проходження інтерактивних навчальних курсів, наприклад, у мережі Medscape education.

**Висновки.** Проблема надання якісної допомоги хворим на ЦД-2 є однією з актуальних проблем сучасної медицини, тісно пов'язаною з потребою в підвищенні кваліфікації лікарів, які працюють над її вирішенням. Зроблені кроки створюють передумови для підвищення кваліфікації лікаря та поліпшення якості медичної допомоги. Для подальшого прогресу в галузі необхідним вбачається поліпшення кооперації між ендокринологами та лікарями первинної ланки, імплементація міжнародних протоколів з менеджменту діабету та поліпшення знання англійської мови з метою залучення до загальносвітового медичного простору.

#### Список використаної літератури

1. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)/ Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long-aff-3et.al./Diabetes Care June 2012 vol. 35 no. 6 1364-1379>.
2. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes/Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse <http://care.diabetesjournals.org/content/35/6/1364.long-aff-3et.al./Diabetes Care January 2015 vol. 38 no. 1, 140-149>.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет типу 2. – Ожиріння. Метаболічний синдром. - №1 (II), 2013.

## СКЛАДОВІ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ: ЧИ МОЖНА ЇХ ПОДОЛАТИ?

**Катеренчук І.П.**

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

*У роботі визначені складові, які вплинули на зниження якості підготовки лікарів у останнє десятиріччя, та окреслені подальші напрями оптимізації навчального процесу відповідно до сучасних міжнародних стандартів і національних здобутків.*

*Ключові слова: якість освіти, оптимізація навчального процесу*

Одним із головних завдань підвищення якості освіти та вдосконалення теоретичної і практичної підготовки лікарів є створення умов для інтеграції України в європейський науковий простір, реалізація положень Болонського процесу та кредитно-модульної організації навчального процесу [1; 2]. Сучасна вища медична школа потребує зближення з системою якості міжнародного навчання, інтеграції національної освіти в міжнародну систему, посилення міжнародної конкурентоспроможності її випускників [3].

Незважаючи на певні здобутки в організації навчального процесу та підготовці майбутніх лікарів, слід визнати, що рівень підготовки за останнє десятиріччя не лише не покращився, але навіть став гіршим. Свідченням наявних проблем у підготовці кадрів є постійні наради та конференції, метою яких визначено покращення рівня теоретичної і практичної підготовки, однак намагання учасників цих заходів залишаються марними, оскільки низка причин, які ведуть до зниження рівня підготовки, або ігноруються, або не знаходять своєї практичної реалізації.

У нашій роботі ми зробили спробу визначити низку складових, які, на наш погляд, суттєво впливають на рівень теоретичної і практичної підготовки, і без практичної реалізації яких навряд чи можна сподіватися прориву в покращенні якості підготовки лікарів у сучасних умовах. Більше того, ми повинні повернути втрачене, оскільки ці складові успішного навчання були втрачені в різні періоди.

**1. Стабільність навчальних планів і програм.** В останнє десятиріччя навчальні плани і програми змінюються чи не кожні 2-3 роки, оскільки у ВНЗ одночасно функціонують по 2-3 навчальні плани, під які створюються програми, навчально-методична документація та ін. Однак упровадження нових навчальних планів і програм не привело до покращення якості освіти, навпаки, постійна зміна планів і програм веде до певної дезорієнтації.

**2. Система оцінювання знань студентів.** Одночасно зі змінами навчальних планів і програм змінювалася система оцінювання знань студентів. Перехід до кредитно-модульної системи та впровадження рейтингової системи знань замість раніше чинної чотирибальної системи перетворив викладача в постійного оцінювача знань, і нині викладач частіше користується калькулятором, ніж фенондоскопом. Значна втрата часу відбувається через необхідність виставлення оцінки на кожному практичному занятті, причому на кожному окремо взятому занятті неможливо об'єктивно оцінити рівень знань усіх студентів групи, і часто таке опитування має формальний харак-