

ловіків, середній вік – $41,32 \pm 4,33$ року), які дали письмову згоду протягом року виконувати запропоновану лікарем оздоровчо-профілактичну програму. Її зміст включав: певний руховий режим; перелік фізичних вправ загального і локального впливу в індивідуальному дозуванні; корекцію харчових уподобань та режиму вживання їжі; відмови/обмеження шкідливих для здоров'я звичок тощо. При цьому передбачалося досягнення пацієнтом конкретних антропофункціональних показників та позитивних змін у життєвій поведінці, що кожні 3 міс фіксувалися лікарем у Картці скринінгу під час проходження поточною (плановою) обстеження.

Зазначимо, що ця необтяжлива для пацієнта процедура продовжувалася не більше 10–12 хв і дозволяла лікарю вноси-

ти корективи до змісту профілактичних заходів, спираючись на отриману оцінку об'єктивних показників порівняно із попередніми величинами. Позитивна динаміка цих показників була зафіксована у 72 осіб, 16 – закінчили оздоровчу програму без змін у поведінковому статусі, 9 осіб відмовилися від участі в експерименті з різних причин. Ці дані засвідчили високу ступінь прихильності пацієнтів до виконання запропонованих лікарем рекомендацій.

Таким чином, можна вважати, що розроблена нами методика немедикаментозної профілактики кардіоваскулярної патології забезпечує належний позитивний ефект, а її впровадження у практичну діяльність сімейних лікарів є вимогою сьогодення.

Влияние инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом на показатели сывороточных уровней фактора Виллебранда и ингибитора тканевого активатора плазминогена-1

З.Р. Кельмамбетова, А.В. Ушаков, А.А. Гагарина, И.Н. Корытько, О.Т. Лагути, Т.И. Лазейкина, Н.Ю. Ткачева

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Целью работы было оценить изменение показателей фактора Виллебранда (ФВ) и ингибитора тканевого активатора плазминогена-1 (ИТАП-1) в сыворотке крови у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне сахарного диабета (СД).

В исследование было включено 105 пациентов с ИМ с зубцом Q. Из них 21 больной, страдающий СД 2-го типа (11 мужчин и 10 женщин, средний возраст $64,4 \pm 1,6$ года), и 84 больных без СД (66 мужчин и 18 женщин, средний возраст $61,7 \pm 1,1$ года). Контрольную группу составили 30 лиц без сердечно-сосудистой патологии и нарушений углеводного обмена (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст $61,7 \pm 1,1$ года).

Всем пациентам проводили стандартные клиническое и инструментальное обследование и лабораторное исследование. Уровни ФВ и ИТАП в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Забор венозной крови проводили в 1-е и 14-е сутки развития ИМ.

Результаты исследования показали, что у больных без СД в первые сутки ИМ уровень ФВ составил $1,76 \pm 0,03$ ЕД/мл, уровень ИТАП-1 составил $9,96 \pm 0,91$ ЕД/мл, что в обоих случаях достоверно превышало показатели контрольной группы

($1,11 \pm 0,09$ ЕД/мл для ФВ и $3,46 \pm 0,31$ ЕД/мл для ИТАП-1). На 14-е сутки ИМ в данной группе имело место достоверное снижение как ФВ (до $1,58 \pm 0,04$ ЕД/мл), так и ИТАП-1 (до $7,77 \pm 0,88$ ЕД/мл). При этом оба показателя оставались достоверно выше, чем в группе контроля.

В группе пациентов, страдающих СД, в первые сутки ИМ уровень ФВ составил $2,06 \pm 0,09$ ЕД/мл, уровень ИТАП-1 – $14,0 \pm 2,1$ ЕД/мл, что достоверно превышало как показатели лиц контрольной группы, так и группы больных без СД ($p < 0,05$ во всех случаях). На 14-е сутки ИМ уровни ФВ и ИТАП-1 так же, как и у пациентов без СД, снизились, составив $1,67 \pm 0,08$ ЕД/мл и $10,4 \pm 1,0$ ЕД/мл соответственно ($p < 0,05$ в обоих случаях). При этом если уровень ИТАП-1 оставался выше ($p < 0,05$), чем в группе больных, не страдающих СД, то по концентрациям ФВ достоверного различия между группами обнаружено не было.

Итак, больные с ИМ, развившимся на фоне СД 2-го типа, характеризуются более высоким тромбогенным потенциалом по сравнению с больными без СД, что является отягощающим прогностическим фактором как для острого периода заболевания, так и в подостром периоде его течения.

Особливості неврологічної допомоги в практиці сімейного лікаря

О.Е. Коваленко, Л.Ф. Матюха

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Завдання, що поставила держава перед лікарем первинної ланки медичної допомоги (МД) – сімейним лікарем, надзвичайно актуальні і спрямовані на підвищення рівня медичної допомоги населенню для зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення якості життя.

Саме неврологічні захворювання знаходяться у переліку найбільш інвалідизувальних, адже втрата або зменшення керівної ролі з боку нервової системи (НС) над функціями організму може суттєво погіршити життєдіяльність.

Не стихають дискусії щодо меж компетенції сімейного лікаря в наданні МД при «вузьких» проблемах. Це стосується й неврологічної сфери. Під час опитування лікарів, які тільки готувалися стати сімейними лікарями,

була виявлена неабияка потреба у неврологічних знаннях, що на практиці проявлялося застосуванням тестів на статику та координацію, визначенням м'язової сили у складних та/або сумнівних клінічних випадках тощо. Натомість напівзабутих зі студентських часів навичок і теоретичних знань щодо показань та інтерпретації показників було замало.

Клінічна діагностика має надзвичайно велике значення, адже відомі дані, коли правильний діагноз за даними опитування (скарги, анамнез) встановлювали у 40–50% випадків, на основі опитування та фізикальних методів – у 80–85%, на основі поглибленого інструментального і лабораторного обстеження – у 15–20%.