для їх досягнення. Корсетом ІРП є Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що розглядає та деталізує функції організму, структури організму, діяльність та участь (залучення індивіда до життєвої ситуації), фактори середовища (середовище відносин і установок, де люди живуть і проводять свій час). Показники здоров'я та пов'язані зі здоров'ям стани можуть бути зареєстровані шляхом вибору кодів відповідної категорії з наступним додаванням кваліфікаторів, що вказують на обсяг функціонування або обмежень життєдіяльності в цій категорії, також складові оточуючого середовища, які виступають сприятливим фактором чи бар'єром для відновлення особи.

Нами розроблено приклад категорійного профілю, який є основною частиною ІРП, для пацієнта, що звернувся в клініку з певним запитом (основна скарга – біль в нижній частині спини). Пам'ятаємо, що категорійний профіль не повинен «прив'язуватись» до хвороби, він визначає індивідуальність проблеми пацієнта, його досвід та можливості. Однак, створення подібних макетів, з одного боку, спрощує роботу мультидисциплінарної команди, а з іншого – не дозволяє втратити важливі компоненти ефективної реабілітації.

Категорії МКФ	Кваліфікатор		
	Початкове значення	Цільове значення	Кінцеве значення
b28013 Біль у спині	3	1	
b7305 Сила м'язів тулуба	2	1	
b7353 Тонус м'язів нижньої половини тіла	2	1	
b7401 Витривалість м'язових груп	2	1	
b1343 Якість сну	3	0	
b1252 Рівень активності	2	1	
s76002 Поперековий відділ хребта	2	1	
d2302 Виконання щоденного розпорядку	2	1	
d4501 Ходьба на далекі відстані	3	1	
d6406 Допомога в роботі по дому	2	1	
e310 Найближчі родичі	-	+	

Отже, МКФ містить детальний список понять для опису функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, допомагає поліпшити планування реабілітаційних послуг, сприяє максимальному поверненню індивіда до суспільної взаємодії, враховуючи його запити і можливості, обґрунтовує необхідність використання тих чи тих допоміжних засобів.

Бачу М.І.

ПРОФІЛАКТИКА ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет

З обстеженням чи захворюванням щитовидної залози доводилося стикатися майже кожному з нас. Згідно зі статистикою, порушенням у роботі щитовидної залози страждає до третини всього населення планети за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Захворювання щитовидної залози посідає друге місце серед ендокринних порушень після цукрового діабету.

Дефіцит йоду призводить до розвитку розумової та фізичної відсталості дітей, не виношування вагітності, багатьох захворювань щитовидної залози. Фактичне середнє споживання йоду жителів України становить лише 40-80 мкг щодня, що у 3 разу менше встановленої норми. Крім того, велику роль у розвитку йододефіциту за останні роки відіграли значні зміни у характері харчування. Зменшилося споживання морської риби та морепродуктів, багатих на йод, а також м'яса та молочних продуктів, вміст йоду в яких відносно високий. Крім того, велику роль у збільшенні рівня захворюваності відіграє непоінформованість населення про найпростіші способи профілактики захворювань щитовидної залози. На жаль, йод відноситься до мікроелементів, які організм не здатний

виробляти самостійно. Він знаходиться у ґрунті та морській воді у вигляді йодиду. Якщо йоду в організм надходить мало, починають страждати клітини, тканини та органи, найсильніше – щитовидної залози. Страждають слух, мова, зорова пам'ять. Навіть частковий йододефіцит в організмі погіршує інтелект, що призводить до затримки фізичного розвитку у дітей.

Одним із найефективніших способів профілактики йододефіциту в організмі є використання при приготуванні їжі йодованої солі. П'ять-шість грамів продукту на день забезпечують добову потребу у цьому мікроелементі. Використання йодованої кухонної солі є найбільш універсальним методом профілактики йододефіциту. За правильної технології йодування солі неможливо передозувати йод і цим викликати ускладнення. Корекція йодної недостатності можлива за допомогою харчових продуктів з високою концентрацією йоду, до них відноситься: молочні та м'ясні продукти, морепродукти, суміші для дітей та спеціальні продукти годуючих та вагітних жінок, яйця, волоські горіхи, хурма та фейхоа, морська капуста. З риби віддавати перевагу: оселедці, мінтаю, камбалі, горбуші, окуню, тріску, кете, зубатці. Гречана, вівсяна та пшенична каші теж сприятимуть надходженню йоду в організм.

Індивідуальна йодна профілактика передбачає використання профілактичних лікарських засобів, які забезпечують надходження фізіологічної кількості йоду. Здійснюється за призначенням лікаря. Сучасні профілактичні заходи дозволяють запобігти йододефіцитним захворюванням. Головне – не прогаяти цю можливість, інакше розплачуватимемося здоров'ям та інтелектом.

Білецький С.В.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІТОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ КВЕРЦЕТИНУ І АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2

Кафедра сімейної медицини
Буковинський державний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш розповсюдженим серцево-судинним захворюванням у світі і Україні. За даними офіційної статистики, у 2016 році в Україні поширеність гіпертонічної хвороби (ГХ) дорівнювала 47,3% серед чоловіків та 46,3% — серед жінок [Дорогой А.П. та ін. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах. К.: Гордон, 2017; 300 с.]. Загальновідомо, що серед захворювань серцево-судинної системи АГ найбільш часто поєднується з ішемічною хворобою серця (ІХС). Особливо серйозною проблемою є коморбідність ГХ і цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2), що пов'язане з більш раннім розвитком ураження органів-мішеней і подальшими серцево-судинними катастрофами.

Метою проведеного дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на ГХ коморбідну з ІХС та ЦД 2 шляхом впливу на інтенсивність пероксидного окиснення ліпідів і ендотеліальну дисфункцію інгібітором 5-ліпоксигенази Кверцетином (Корвітин) і донатором NO – Аргініном гідрохлоридом (Тівортін) на тлі застосування базової терапії. Обстежено 65 хворих на ГХ ІІ ст. у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія І-ІІ функціонального класу) та ЦД 2. Всі хворі були рандомізовані у дві групи. До І групи увійшло 30 пацієнтів, які отримували комплексну базову терапію (БТ) антигіпертензивними та антиангінальними засобами (раміприл, амлодипін, аторвастатин, ізодініт, бісопролол, ацетилсаліцилова кислота), цукрознижувальними препаратами (метформін). Пацієнтам ІІ групи (35 осіб) перші 5-6 днів на тлі БТ проводилася інфузійна метаболічна терапія (МТ) Кверцетином (0,5 г), а в наступні 5-6 днів –Аргініном гідрохлоридом (Тівортіном) по 100 мл розчину в/в із подальшим переходом на амбулаторний прийом пероральної форми Аргініну по 10 мл двічі на добу упродовж двох тижнів.

Після проведеного лікування хворих на ГХ ІІ ст. у поєднанні з ІХС та ЦД 2 в основній групі (базисна та метаболічна терапія) систолічний артеріальний тиск (САТ) достовірно