

метил-5-(5-бромфуран-2-іл)-1,2,4-тріазолів та 5-R-2-(фуран-2-іл-, 5-бромфуран-2-іл)тіазоло[3,2-b][1,2,4]тріазол-4(5H)-онів. Відновлення 5-R-2-(фуран-2-іл-, 5-бромфуран-2-іл)тіазоло[3,2-b][1,2,4]тріазол-4(5H)-онів проводили у середовищі метанолу за присутності потрібної кількості натрій боргідриду. З високими виходами отримано ряд нових 3-арил-2-((3-(фуран-2-іл-, 5-бромфуран-2-іл)-1,2,4-тріазол-5-іл)тіо)-проп-2-ен-1-олів.

Синтезовані сполуки можуть бути перспективними об'єктами не лише на шляху створення нових біологічно активних речовин, їх можна використовувати для подальшої хімічної модифікації. Будова синтезованих сполук доведена комплексними фізико-хімічними методами аналізу, а їх індивідуальність – хроматографічно.

Для синтезованих сполук було досліджено протимікробну активність. Аналізуючи результати, слід зазначити, що існує позитивна тенденція до стримування росту мікроорганізмів родини *Campylobacteraceae*, *Nocardiaceae* and *Saccharomycetaceae*. Більш того, ефективність антибактеріального ефекту на *Campylobacter jejuni* у всіх дослідних групах навіть при 0,1% сполук понад 10 мм становила від 10,4 (V група) до 13,8 мм (III група). *Rhodococcus equi* ATCC No. 6939 – при 1,0% сполук в I, II, III та VI групах (зона інгібування 21,4; 20,5; 22,8 та 17,8 мм), що нижче контролю на 9,3; 13,1; 3,4 та 24,6%. А вплив речовин усіх груп взагалі перевищує контроль, при застосуванні 1,0% зона затримки росту в I, II та VI групах вище контролю на 4,3 (P <0,05); 4,4 (P <0,05) та 6,0 (P <0,01) мм і незначно уступає контролю на 3,6; 3,5 та 1,9 мм.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ НОВОЙ ФОРМАЦИИ – СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Развитие семейной медицины (СМ) как одной из медицинских специальностей началось в нашей стране около 25 лет тому назад, когда во Львовском медицинском университете была впервые образована одноименная кафедра. Принятие такого направления медицинской практики было обусловлено несколькими моментами. Так, поворот политических, экономических и культурных связей был направлен на Европейское Содружество, где СМ является приоритетной в лечении больных – около 80% всех лечебных мероприятий в странах запада проводится семейным врачом (СВ). Во-вторых, у каждого конкретного пациента появляется врач, несущий за него ответственность, решающий его диагностические, лечебные и, при необходимости, социальные проблемы. Т.е. не пациент «бегает» за врачом, а высказав свою проблему, получает конкретную помощь, к решению которой уже СВ может привлекать узких специалистов и необходимый уровень диагностики. Следовательно, больной не остается наедине со своей болезнью, а его сопровождает врач, который заинтересован в его здоровье. В-третьих, СМ

является страховой и деньги направляются под конкретного больного, а не распыляются в лечебных учреждениях. Все эти приоритеты СМ были высказаны на конференции ВОЗ еще в Алма-Ате в 90-х годах, основным тезисом которой было «каждый пациент имеет право на лечение у врача, независимо от места проживания». Т.е. предпосылки создания института СВ были обоснованными и необходимыми, однако их реализация и до настоящего времени выполняется не в полном объеме.

Двадцать лет тому назад кафедра общей практики – семейной медицины была создана и в нашем университете. Однако необходимо отметить, что реализация программы подготовки СВ не соответствует потребностям. Прежде всего, у выпускника вуза нет мотивации к данной профессии. Кратковременный «экскурс» в профессию СВ (7 дней) осуществляется только на 6 курсе, когда выпускники уже избрали будущую специальность, а в чем заключается работа СМ, какие ее положительные моменты и перспективы даже не слышали. К сожалению, негативное отношение к данной специальности потенцируется рядом преподавателей вуза. Сами не зная этой специальности, они зарождают негатив в умах студентов. «Модные» хирургические специальности (особенно акушерство и гинекология, хирургия) на современном этапе не требуют вливания новых специалистов; да и что греха таить, даже многие врачи, которые имеют данную специализацию, не востребованы: не имеют или имеют ограниченный доступ к пациентам, не привлекаются к оперативному лечению (ввиду наличия более опытных врачей или простого неумения, которое само по себе на диване в ординаторской не разовьется). Не все акушеры-гинекологи привлекаются к родам, как из-за боязни осложнений, с которыми, хотя бы объективно понимая, не смогут справиться, так и ввиду своей бесполезности во время присутствия (опытная акушерка, к сожалению, может дать фору врачу).

Чем же так «неприглядна» профессия СВ для молодого специалиста? Во-первых, объемом знаний, необходимым для ее осуществления. Колоссальный объем знаний, необходимый СВ, пугает молодого специалиста и, это прежде всего касается его работы с детьми, где и повышенная ответственность и повышенный спрос уже не только со стороны самого больного, но и многочисленных родственников.

Совсем недавно мы посмотрели пути развития СМ в г.Шепетовка Хмельницкой области. Прежде всего, обратило на себя внимание отношение администрации любого уровня к оказанию медицинской помощи населению. Приоритет семейного врача подтвержден как населением (практически все население состоит на учете у СВ), отмечают четкое временное удобство общения, внимательность медицинский персонала, так и объем помощи - возможность бесплатной диагностики по основным параметрам. Несомненным, на наш взгляд, направлением развития медицины в данном регионе является сохранение педиатрической службы, в состав которой вошло 8 врачей-педиатров разных специальностей, проводящих прием в специально выделенной амбулатории. И хотя в странах Запада как таковой педиатрической службы нет (нет педиатрических факультетов в вузах), на наш взгляд ее

сохранение, благодаря подготовке таких специалистов, обосновано. И вообще, как можно терять то (педиатрию как специальность), что всегда было приоритетным в стране.

Однако при беседе с молодыми семейными врачами были подняты следующие вопросы. Во-первых, отсутствие необходимости 6 курса в том варианте, как он представлен сейчас. Нет необходимости в повторении тех дисциплин, которые были на предыдущих курсах, а было бы более правильным изменить программу с большим уклоном в семейную медицину. Это, прежде всего, более практическая ориентация, введение вопросов по работе с пациентами старших возрастных групп (геронтология), причем включение не только общих понятий, но и конкретные действия: дозировка препаратов, вопросы коморбидности нозологий, ведение пациентов с возрастными психическими заболеваниями (деменция, паркинсонизм, болезнь Альцгеймера и т.д.). Необходимо обратить внимание на вопросы фармакотерапии, которые будут касаться не только дозы конкретного препарата, но и взаимодействия при сочетании различных групп, длительности приема, ожидаемых осложнений, ситуации одиноких стариков с психическими расстройствами. Как работать с пациентами-инвалидами детства (например, по сахарному диабету), злоупотребляющими алкоголем. Есть необходимость в решении не только медицинских, но и социальных проблем: например, инсулинзависимые дети и подростки – вопросы школы, спортивных секций, посещение других ориентированных кружков, получения высшего образования и т.д. По-видимому, есть необходимость в пересмотре программ как 6 курса, так и более ранних: имеется ввиду создание мотивации для освоения профессии, что, по-видимому, является основанием к проведению «знакомства» с семейной медициной уже на 3-4 курсах.

На наш взгляд необходимым условием подготовки специалистов по вопросам семейной медицины есть занятия с психологом. И если общие вопросы психологии, а именно, отношение пациент-врач можно рассматривать уже на 4-6 курсах, то при подготовке СВ необходимы дополнительные занятия в период интернатуры. Причем эти занятия необходимо поставить в план после первого заочного цикла, т.е. первых контактов с больными. При этом особенностью таких занятий должна быть беседа преподаватель – врач-интерн с разбором конкретных ситуаций, возникших при общении с больными. Помощь психолога на таком этапе обучения будет предметной и конкретной, что поможет в дальнейшем молодым специалистам избежать неприятных ситуаций.

Много нерешенных вопросов, на которые в ближайшее время будет трудно получить ответы. Но профессия существует, ориентация и приоритет ее остаются, и помогать молодым специалистам нужно.

В настоящее время МОЗ рассматривается вопрос об изменении сроков интернатуры на трехгодичную подготовку, при этом разговор идет об увеличении часов на заочном цикле, при непосредственном контакте с больными в амбулаториях семейного врача. Такая практическая

направленность на этапе стажировки должна помочь молодому специалисту войти в профессию, установить свои пробелы в подготовке и уже на этапе очного цикла постараться получить ответы на возникшие вопросы.