

Проблеми та перспективи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини

В актовій залі готелю «Президент Готель» (Київ) 16–17 травня 2019 р. відбулася чергова Науково-практична конференція лікарів сімейної медицини. Захід організовано за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика МОЗ України та МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». До присутніх зі словами вітання звернулися перший проректор НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України, член-кореспондент Національної академії медичних наук (НАМН) України **Юрій Вдовиченко**, від Вченої ради МОЗ України — член-кореспондент НАМН України **Олександр Волосовець** та від Науково-практичної асоціації сімейних лікарів Дніпропетровської області — професор **Неоніла Чухрієнко**.



За нагоди Всесвітнього дня сімейного лікаря кращих представників професії було відзначено почесними грамотами, які вручив ректор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика професор **Олег Шекера**. Вручаючи нагороди, він сказав: «Сімейна медицина — єдиний вид медичної допомоги, що стосується кожного з нас, адже понад 80% усіх звернень відбуваються саме на цьому рівні. Від самовідданої та наполегливої праці лікарів первинної ланки багато в чому залежить здоров'я суспільства, де містком між державною службою охорони здоров'я та сім'єю постає лікар первинної ланки, наближаючи медичну допомогу до конкретної людини».

Також відзнакою ректора НМАПО імені П.Л. Шупика академіка НАМН України **Юрія Вороненка** нагороджений професор **Олександр Дуда**, завідувач кафедри інфекційних хвороб НМАПО імені П.Л. Шупика, за плідну роботу та внесок у розвиток підготовки лікарів сімейної медицини. Після завершення урочистої частини конференція розпочала пленарну наукову роботу.

Організаційні питання сімейної медицини

Ключовим питанням поліпшення надання медичної допомоги в країні є реформування медичної галузі. Першою, де відбулися такі зміни, стала первинна ланка медичної допомоги. Основні здобутки та проблеми, з якими стикнулася первинна ланка при реформуванні первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, ґрунтовно висвітлив професор **О. Шекера**. Він звернув увагу присутніх на те, що перш за все необхідно поступово виконувати поставлені завдання на шляху реформування медичної галузі, незважаючи на калейдоскоп змін, які відбуваються у повсякденному політичному житті країни. Часті перемиї напрямків реформування галузі, недотримання та неузгодженість нормативних і правових засад на шляху реформ аж ніяк не на користь досягненню мети. Задля пришвидшення реформування галузі та підвищення якості запропонованих змін доцільним має стати ґрунтовний аналіз досягнутого та внесення коректив до тих нормативно-правових актів, які виявилися неефективними. І в жодному разі не застосовувати практику постійних новацій, як наголосив доповідач.

Завданням сімейної медицини полягає в забезпеченні тривалої опіки здоров'ям громадян та членів їх родин незалежно від характеру захворювання, надання своєчасної та доступної гарантованої первинної допомоги, збереження, відновлення та забезпечення первинної санітарно-профілактичної допомоги громадянам. Головні завдання лікаря в рамках сімейної медицини, згідно з ре-

комендаціями Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA), включають такі кроки:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинної медичної допомоги;
- ставлення до сім'ї як до першого щабля медичного обслуговування;
- превентивність як основа діяльності;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї та суспільства за збереження і покращення свого здоров'я.

Перелік представлених досить широких завдань для сімейного лікаря таким чином відповідає основним принципам медико-санітарної допомоги у більшості розвинутих країн світу, де надання медичної допомоги базується на засадах сімейної медицини. На сьогодні ланка сімейних лікарів задовольняє майже 80–90% потреб населення в медичній допомозі. При цьому вона — найменш затратна ланка охорони здоров'я. Саме тому реформування галузі розпочалося з первинної ланки. І є виправданим кроком. Лакмусовим папірцем перших позитивних досягнень на шляху створення системи сімейної медицини стало підписання громадянами України декларації з сімейними лікарями. Це зробили близько 27 млн українців. Заклади первинної допомоги уклали угоди з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), що дозволило спрямувати кошти на конкретного пацієнта, впроваджується система медичних гарантій невідкладної допомоги.

«Однак головними при розбудові сімейної медицини мають бути такі принципи: *чітка стратегія фінансування, законодавче закріплення нормативно-правових актів функціонування первинної ланки охорони здоров'я на засадах первинної медицини та державна підтримка підготовки сімейних лікарів вищими медичними закладами*, — наголосив доповідач. — Стосовно законодавчої бази, то це є першочерговим завданням для повноцінного реформування, оскільки дає змогу працювати у правовому полі. Це, перш за все, накази МОЗ України **№ 503** («Про порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу»; форму декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»), **№ 504** («Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», що визначає завдання, конкретизує зміст і встановлює вимоги щодо організації та забезпечення її надання), **№ 148** («Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які надають первинну медичну допомогу») та **№ 172/224** які базуються на законах «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», регламентуючи фінансову і трудову діяльність ланки первинної допомоги, проте не даючи вичерпної відповіді на безліч запитань. Важливим мав би бути закон «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», однак його прийняття дещо затримується. Конче необ-

хідне також прийняття закону про загальнодержавне медичне страхування, оскільки це дасть змогу повноцінно фінансувати медичні витрати.

Не менш важливим пріоритетом має стати також розвиток сільської медицини. Зроблено перші кроки з розбудови мережі сільських амбулаторій, їх оснащення та кадрового забезпечення. Однак значна кількість питань потребує поступового і планомирного вирішення. Головна і вкрай болюча проблема — кадрове забезпечення. Проте її вирішення потребує комплексного підходу і перш за все — фінансування. Саме чітка програма фінансової підтримки сільської медицини дозволить вирішити низку досить важливих проблем, адже враховуючи, що 80% сільських амбулаторій знаходяться в аварійному стані, понад 70% не мають водопостачання, а транспортними засобами забезпечені лише 17% фельдшерсько-акушерських пунктів, стає зрозумілою важливість цього підходу. Робота в цьому напрямку йде. Заплановано ввести в дію 517 нових сільських амбулаторій, 382 з яких має вже запрацювати до кінця II кварталу поточного року. При цьому розроблені проекти, де враховується потреба для проживання медичних працівників: 155 амбулаторій із житлом для лікаря та 189 медичних закладів групового забезпечення житлом. Це дасть змогу залучити в сільську місцевість понад 1 тис. лікарів. Планується також закупівля 581 автомобіля для забезпечення потреб сільських амбулаторій та їх укомплектування телекомунікаційним обладнанням. На ці заходи на першому етапі спрямовано понад 3 млрд грн. Таким чином, держава зробила перший крок для створення належних умов роботи та проживання лікарів у сільській місцевості. Наступним має стати створення системи чіткого планування та підготовки кадрів сімейних лікарів, в тому числі для забезпечення функціонування закладів сільської медицини.

Професор **О. Шекера** підкреслив, що для успішного завершення розпочатих реформ зміни мають відбутися у кожній ланці структурно-функціональної моделі первинної допомоги на закладах сімейної медицини. Це стосується кадрового, матеріально-технічного, фінансового та нормативно-правового забезпечення, а також наукового супроводу. Лише такий підхід дозволить завершити розпочату справу реформування первинної ланки медичної допомоги. Головне — не припиняти розпочату справу.

Міждисциплінарний підхід у практиці сімейного лікаря

Проблема якісного медичного обслуговування населення починається з первинної ланки. І від того, наскільки сімейний лікар обізнаний з особливостями діагностики та лікування патологічних станів, які потребують у подальшому спеціалізованої, вузькопрофільної допомоги, багато в чому залежить кінцевий результат. Серед проблем, які зазвичай потребують першочергової уваги і є найпоширенішими патологічними станами у практиці сімейного лікаря, становлять: захворювання шлунково-кишкового тракту, патологія серцево-судинної системи, системи дихання та гострі респіраторні вірусні інфекції дихальних шляхів. Зазначені стани не виключають наявності глибокого знань з інших медичних проблем, з якими на сьогодні стикається лікар сімейної практики, однак становлять лівову частку звернень. Саме тому запропоновані до розгляду лекції провідних фахівців з означених проблем викликали особливий інтерес присутніх.



Змістовною і корисною з практичної точки зору була лекція професора **О. Дуди** стосовно захворювання на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). Доповідач підкреслив, що загальним для цієї групи захворювань є запалення та ураження слизових оболонок верхніх дихальних шляхів та розвиток інтоксикаційного синдрому. Головним патогенетичним чинником є віруси. На сьогодні ідентифіковано понад 200 збудників, які належать до різних нозологічних груп. Спільними рисами для

групи захворювань є перш за все повітряно-крапельний шлях передачі, розвиток інфекції в епітелії дихальних шляхів та висока контагіозність. А також наявність продромального періоду, який зазвичай проявляється загальними симптомами втоми. До цієї групи належить також і *вірус кору*, як наголосив професор. Здебільшого перші клінічні ознаки кору мають багато спільного із ГРВІ. З особливостей необхідно пам'ятати: захворювання має продромальну та розгорнуту клінічну фазу. Продромальна фаза досить небезпечна в епідеміологічному плані, клінічна картина подібна до проявів ГРВІ, в середньому триває 10 днів і є найбільш контагіозним періодом. Із клінічних ознак, які мають братися до уваги і націлити лікаря на ймовірність захворювання на кір, необхідно виділити: плями Копліка на слизових оболонках, склерит і надсадний кашель на тлі високої температури тіла. Доповідач підкреслив, що для України проблема кору — доволі актуальна, оскільки ми належимо до трійки країн (включно з Румунією та Албанією), де відзначається смертність від цього захворювання. Загалом в Україні за час спостереження з 2000 р. зафіксовано 150 тис. людей, які переохворіли на кір. При цьому пік захворюваності прийшовся на першу половину 2018 р. і становив >54 тис. осіб, які захворіли, як підкреслив доповідач. А початок епідемічного поширення кору зійшовся в часі, коли частка вакцинованих становила 41%. Водночас на аналогічний період 2019 р. виявлено 45 тис. осіб, які захворіли, що дозволяє очікувати зниження захворюваності в цілому в державі. Це перш за все пов'язано із вчасною діагностикою та поширенням вакцинації. Частка вакцинованих в Україні на сьогодні становить 91%. Це досить знакова ситуація, оскільки вдалося подолати упередженість населення в доцільності вакцинації, що призвело до поліпшення епідеміологічної ситуації. Не менш важливими виявилися висока настороженість лікарів усіх ланок на раннє виявлення захворювання та створення спеціалізованих відділень в інфекційних лікарнях.

В епідеміологічному плані необхідно звернути увагу на значну небезпеку захворювання серед осіб, які були вакциновані. Така ситуація перш за все зумовлена циркуляцією вірусу кору, який поширений серед африканської популяції та має небезпеку розповсюдження при міграції населення. Ця ситуація є досить тривожною у час значного переміщення людей. Необхідно звернути увагу також на зміщені межі захворюваності в державі із Західного до Центрально-східного регіону. Більшість захворілих останнім часом зафіксована у промислово розвиненій частині нашої держави, як підкреслив доповідач. Із особливостей перебігу необхідно мати на увазі, що діти, як завжди, хворіють досить тяжко. Найвища смертність зафіксована саме серед дитячого контингенту. І це необхідно брати до уваги лікарям загальної практики, оскільки тепер на їхні плечі покладено нагляд за дитячою категорією населення. Серед причин летальних наслідків вагому частку становлять ускладнення: крововилив у надниркові залози, головний мозок та легені, а також розвиток тяжкого панкреатиту і гепатиту із супутньою пролонгованою діареєю.

Стосовно лікування і профілактики захворюваності й поширеності кору необхідно враховувати, що:

- Вакцинація — головний захід профілактики розвитку кору та формування стійкого імунітету в популяції до інфікування. Для запобігання розвитку загрозливого епідемічного стану в державі має бути забезпечений 95% рівень вакцинації населення.
- Достатній рівень імунного захисту формується при дворівневому способі вакцинації дітей віком 12 міс та 6 років.
- Для визначення міцності сформованого імунітету і потреби повторного вакцинації необхідно визначати рівень концентрації IgG в сироватці крові. Гранично небезпечні низька концентрація, що потребує вакцинації: дорослі — 2,0–2,5 г/л; діти — 0,5–0,2 г/л.
- Лікарі загальної ланки мають бути добре обізнані з ключовими моментами ранньої діагностики кору, сприяти підвищенню загального імунітету під час очікування погіршення епідемічного стану, розпочинати превентивне лікування ГРВІ, особливо, якщо ймовірний розвиток грипу.
- Показання до вакцинації у несприятливих умовах: відсутність напруженого імунітету за даними (тест сумарної концентрації імуноглобулінів у сироватці крові); контакт із хворим впродовж 72 год; відсутні дані про щеплення.

Патологія шлунково-кишкового тракту



Серед патологій шлунково-кишкового тракту захворювання дванадцятипалої кишки найчастіше асоціюються з виразковою хворобою. Однак така точка зору — дещо оманлива. Однією з головних функцій дванадцятипалої кишки є її участь у перетравленні та просуванні харчового клубка у дистальні відділи кишечника. Порушення моторики і травної функції дванадцятипалої кишки можуть стати причиною значних розладів травлення всього шлунково-кишкового тракту.

Саме дванадцятипала кишка є своєрідним містком організованої діяльності шлунка і тонкого кишечника. На особливостях моторики дванадцятипалої кишки та сучасних підходах корекції їх порушень зупинилася член-кореспондент НАМН України, професор **Наталія Харченко**, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Дванадцятипала кишка, на думку доповідачки, є основною ланкою злагодженої роботи шлунка і тонкої кишки, а також підшлункової залози, печінки і жовчного міхура. Разом зі шлунком вона бере активну участь у процесі травлення та всмоктування харчового клубка. Одночасно дванадцятипала кишка є важливим гормональним органом, що продукує травні гормони та гормони загальної дії. Понад 100 млн нервових закінчень, що утворили багатощарову нервову сітку у товщі стінки дванадцятипалої кишки всіх її відділів разом зі сфінктерами (ix 7), регулює процес травлення, секретії, всмоктування, перистальтики та надходження травних соків із підшлункової залози та жовчного міхура у її просвіт. Відомо, що ділянка великого дуоденального сосочка має найбільше значення в регуляції функціонування дванадцятипалої

кишки та злагодженої дії всієї гастродуоденопанкреатобіліарної ділянки, а також впливає на збереження фізіологічного тонуусу всієї травної трубки. Тут розташований водій ритму першого порядку, який регулює перистальтику дванадцятипалої кишки та функціонування травних залоз. Саме це робить її своєрідним центром регуляції секреторної, моторної та евакуаторної діяльності шлунково-кишкового тракту, як наголосила доповідачка. Однак найважливішим є збереження ритмічної евакуаторної здатності дванадцятипалої кишки, від чого залежить повноцінне всмоктування. Тобто моторика є головною ознакою фізіологічного здоров'я дванадцятипалої кишки і впливає на активність травлення всього шлунково-кишкового тракту. Кислий хімуус зі шлунка після надходження у лужне середовище дванадцятипалої кишки дає поштовх розвитку кишкової фази травлення, сприяє активації ферментів підшлункової залози (трипсин, хімотрипсин, ліпаза, амілаза) й ентероцитів, які продукують кишковий сік. Це забезпечує високу концентрацію білкових речовин, до 60 г/добу і сприяє процесу ендогенної адсорбції. Тут всмоктується більшість вуглеводів, жирів, білка, вітамінів та мікроелементів. Утворений харчовий клубок, просуваючись до виходу із дванадцятипалої кишки, за своїми фізико-хімічними властивостями близький до складу крові. Саме в цьому полягає головна роль дванадцятипалої кишки — підтримувати сталу концентрацію хімічних інгредієнтів, близьких до рідин організму, у всій травній трубці. Підтримання хімічного гомеостазу хімууса у травному каналі, близького до складу крові незалежно від харчового раціону, забезпечує сталу концентрацію хімічних складових, які всмоктуються в кров, не порушуючи її біохімічні властивості. Саме тому здоров'я дванадцятипалої кишки так важливо підтримувати протягом усього життя для забезпечення нормального функціонування шлунково-кишкового тракту, як наголосила доповідачка. І головним є забезпечення стабільної моторно-евакуаторної функції.

У більшості випадків розлади моторно-евакуаторної функції призводять до розвитку дуоденальної недостатності, саме так називають синдром моторно-секреторної недостатності дванадцятипалої кишки. Вона супроводжується розвитком низки таких патологічних симптомів: гіпотермія, кахексія на початку захворю-



вання, специфічної форми ожиріння та порушенням вуглеводного, білкового та інших видів обміну речовин, диспептичними явищами та діареєю. Серед найпоширеніших захворювань наявні дуоденогастральний рефлюкс, гастродуоденіт, дискінезія дванадцятипалої кишки (нормо-, гіпо- та гіпертензивний). Палітра клінічних скарг хворих із дуоденальною недостатністю досить широка, про що мають пам'ятати, перш за все, лікарі первинної ланки. Особливо мінливий характер скарг відзначають при дискінетичних порушеннях моторики (50–80% хворих) та розвитку гормональної недостатності дванадцятипалої кишки. Найчастішою причиною яких є неконтрольоване застосування великої кількості лікарських засобів. Серед скарг найчастіше відзначають біль та відчуття дискомфорту в животі, відрижку, нудоту, зригування. Порушення моторики спричиняє застій харчового клубка, розвиток бродіння та всмоктування токсичних продуктів, що клінічно проявляється як інтоксикаційний синдром: підвищена втомлюваність, дратівливість або стан апатії, поступова втрата маси тіла. Порушення моторно-евакуаторної функції дванадцятипалої кишки також дискоординує діяльність всієї гепатопанкреатодуоденальної ділянки, провокуючи розвиток порушення функції підшлункової залози, жовчного міхура та функції великого дуоденального сосочка. А це стає рушієм розвитку біліарної гіпертензії.

Таким чином, лікувально-профілактичні заходи мають першочергове значення для лікування при недостатності дванадцятипалої кишки та запобігання розвитку ускладнень. Вирішальним при цьому має стати індивідуальний вибір терапії.

Комплекс лікувальних заходів має бути спрямований перш за все на відновлення та нормалізацію моторно-евакуаторних порушень, для цього необхідно:

- Запропонувати хворому дробне харчування з додаванням у раціон харчових волокон.
- Корекція психоемоційного стану.
- Призначення спазмолітичних та поліферментних препаратів із додаванням жовчних кислот.
- Призначення прокінетиків має бути в індивідуально підібраних дозах. Перевагу необхідно надавати тримебутину.



Досить актуальною була доповідь професора **Валентини Родіонової**, кафедра внутрішньої медицини № 2 та профпатології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (Дніпро), з приводу призначення муколітиків та їх ролі у лікуванні пацієнтів із обструктивною хворобою легень. Доповідач наголосила, що хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ) — достатньо поширена, і займає провідне місце серед чинників, які супроводжуються

високою частотою спричинення інвалідності та дочасної смертності у популяції. На сьогодні в Україні зареєстровано близько 4 млн осіб, які мають клінічні ознаки ХОХЛ. При цьому доповідач наголосила на високій медико-соціаліній значущості проблеми у зв'язку з можливістю частого загострення хвороби, тривалої хронізації процесу та низькою ефективністю лікування загострень, що потребує значних матеріальних затрат від суспільства. Саме це дало поштовх до зміни погляду на створення дієвих заходів, спрямованих на підвищення ефективності лікування та профілактики ХОХЛ. На сьогодні лікувальний підхід передбачає: надання пацієнту з ХОХЛ базисного лікування (перший етап) та лікування, спрямованого на загострення (другий етап). Медикаментозна

терапія, що є головним стратегічним напрямком лікування, перш за все передбачає досягнення зниження частоти розвитку симптомів, характерних для ХОХЛ, частоти і тяжкості загострень, підвищення загального фізичного стану, самопочуття та якості життя. Розроблена і впроваджена нова система виявлення, діагностики та лікування пацієнтів із ХОХЛ за сприяння групи фахівців Глобальної ініціативи з лікування хронічної обструктивної хвороби легень (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases — GOLD) нового перегляду 2017 та 2018 р. передбачає вилучення із переліку заходів методу спірометрії для визначення ступеня тяжкості ХОХЛ в алгоритмі вибору та призначення медикаментозного лікування. В рекомендаціях також зроблено наголос на дотриманні правил проведення техніки інгаляції для запобігання та зменшення симптоматики ХОХЛ та важливості регулярного спостереження за станом здоров'я хворого. Серед провідних і тяжких за наслідками формуваль загрозливих ускладнень доповідач визначила кашель та задишку. І перш за все це стосується кашлю. Адже він на початку виконує захисну, фізіологічну функцію підтримання прохідності дихальних шляхів та звільнення їх від патологічного секрету і мікрочастинок, які потрапили з повітрям під час дихання. Саме кашель є найпоширенішим симптомом, який при ХОХЛ може з часом спричинити значну клінічну проблему і ризик розвитку загрозливих ускладнень, серед яких гіпертензія в малому колі, розрив легеневої тканини, формування бул та емфіземи легень, легеневого серця. Надсадний кашель може викликати ряд гострих станів — зменшення серцевого виду, порушення серцевого ритму і навіть зупинку серця! Серед загрозливих ускладнень надсадного довготривалого кашлю — колонізація патогенною бактеріальною флорою дистальної ланки бронхолегеневого дерева мокротинням, що проштовхується в дистальному напрямку. У нормально функціонуючих легенях легеневої ацинус вільний від бактерій. Правильне його функціонування забезпечується складним механізмом секретії епітеліальними клітинами специфічних речовин, проштовхування слизу у проксимальному напрямку до бронха і вивільнення при кашлі. Така злагоджена дія порушується при довготривалому кашлі. В'язке мокротиння заштовхується в ацинус і призводить до втрати повітряної підтримки легень. Саме задля цієї мети оптимальним засобом протидії негативним проявам надсадного кашлю можуть стати муколітичні препарати. Вони здатні запобігти формуванню надмірного секрету, покращити вивільнення його з бронхолегеневого русла і знизити ризик бактеріальної контамінації легеневої тканини. Тому в останніх рекомендаціях GOLD лікування при хронічному кашлю надається першочергове значення для запобігання розвитку ускладнень та відтермінування загострення захворювання. А застосування муколітичних препаратів (відхаркувальні засоби, мукоурегулятори) та антиоксидантів у пацієнтів із ХОХЛ, які не приймають або не можуть приймати інгаляційні кортикостероїди, дає змогу знизити частоту загострень і значно покращує загальний стан хворих, як підкреслила доповідач.

В рамках конференції були розглянуті також питання забезпечення паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам із термінальними стадіями захворювання в межах первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (член-кореспондент НАМН України, професор **Юрій Губський**) та патологічний вплив факторів ризику виникнення ішемічного інсульту на час ініціації неврологічної симптоматики (професор **Іван Зозуля** та доктор медичних наук **Антон Волосовець**), сучасні аспекти діагностики та лікування хронічного гепатиту у практиці сімейного лікаря (професор **О. Дуда**). Проведено засідання Українського молодіжного руху сімейних лікарів.

*Олександр Осадчий,
фото Сергія Бека*