

Сімейний лікар – акушер-гінеколог. Готовність до співпраці

О.О. Воронцов¹, Л.С. Бабінець¹, Л.Ф. Матюха², І.О. Боровик¹, С.С. Рябоконт¹, Н.Є. Боцюк¹

¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті розглянуто можливість оптимізації акушерсько-гінекологічної допомоги вагітним жінкам у межах повноважень сімейного лікаря шляхом удосконалення практичної підготовки на додипломному рівні.

Ключові слова: сімейний лікар, акушерсько-гінекологічна допомога, практична підготовка, денний стаціонар.

Реформа амбулаторної ланки системи охорони здоров'я передбачає наближення спеціалізованої, зокрема, акушерсько-гінекологічної, медичної допомоги до населення шляхом удосконалення сімейної медицини. Акушери-гінекологи делегують сімейним лікарям частину своїх професійних повноважень стосовно допологового спостереження за вагітними жінками [1]. Із залученням сімейних лікарів передбачається забезпечити «організацію ... профілактичних оглядів жіночого населення з одночасним індивідуальним консультуванням або підбором методу запобігання небажаної вагітності» [2]. Аби гідно мотивувати сімейного лікаря до роботи, впроваджується новий метод оплати праці, за яким оплата залежатиме від кількості прикріпленого населення. Проте із засобів масової інформації відомо про існування «загрози» необгрунтованої переадресації сімейними лікарями вагітних жінок та педіатричних хворих до фахівців відповідних профілів. Питання виглядає складнішим порівняно із цілком прогнотозованим, зрозумілим висновком про необхідність кращої підготовки кадрів первинної медико-санітарної допомоги. Спроби збільшити кількість і якість фахівців цієї галузі шляхом скерування на відповідні цикли перепідготовки осіб з великим лікарським стажем (передпенсійного та навіть пенсійного віку) не приводять до очікуваного результату [3].

Мета дослідження: визначення можливих шляхів оптимізації акушерсько-гінекологічної допомоги вагітним жінкам у межах повноважень сімейного лікаря шляхом удосконалення практичної підготовки на додипломному рівні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили на базі денного стаціонару та школи відповідального батьківства жіночої консультації Тернопільської міської комунальної лікарні № 2, яка багато років є навчально-практичною базою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського». Використано медико-статистичний метод та методи ретроспективного та перспективного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для успішної професійної діяльності сімейному лікарю більше ніж працівникам інших спеціальностей потрібні не тільки глибокі знання та практичні навички, але й певний життєвий досвід. Ураховуючи відносно мо-

лодій вік більшості випускників, їхню професійну успішність пов'язують із комунікативними навичками, які слід розвивати ще на додипломному етапі підготовки сімейного лікаря.

За визначенням педагогічної науки професійні навички – це прості професійні дії, які доведено до автоматизму шляхом багаторазового повторення. У який спосіб сімейний лікар може навчитися досліджувати особливості менструальної, статевої, дітородної функції жіночого організму? Запитання, які стосуються інтимної сторони життя людини, потребують специфічних для роботи акушерів-гінекологів комунікативних навичок. Зрозумілість запитань, їхня послідовність, побудова, логіка певним чином віддзеркалюють професіоналізм лікаря, створюють умови довіри, доброзичливості та взаєморозуміння. Проте під час прийому пацієнтів у жіночій консультації дії фахівців не завжди виглядають гідними для копіювання майбутніми сімейними лікарями. Причиною є динаміка спілкування за територіально-дільничним принципом із регламентацією «5 хворих або 8 профілактичних оглядів за годину», що перетворює пацієнтів щось на кшталт «хотяких симптомокомплексів».

Відповідальність сімейного лікаря за здоров'я цілої родини передбачає ставлення до кожного пацієнта як до особистості – це одна з так званих базисних комунікативних навичок, до яких також належить здатність підтримувати активну увагу, вірно інтерпретувати отриману інформацію, формулювати запитання, проявляти повагу до пацієнта та викликати довіру тощо [4]. Такий рівень спілкування вимагає суттєво більше часу, і такий час надається в умовах денного стаціонару та в умовах школи відповідального батьківства жіночої консультації.

Для студентів VI курсу, за рахунок годин їхньої щоденної практичної роботи на циклі акушерства та гінекології, створена можливість приймати участь в заняттях з вагітними жінками в школі відповідального батьківства та вивчати всі особливості надання медичної допомоги у денному стаціонарі. Самостійна практична робота студентів також включає в себе прийом пацієнтів з дільничними лікарями жіночої консультації, що дозволяє порівнювати не тільки специфіку та наступність діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, але й спостерігати за комунікативною поведінкою фахівців, різних за досвідом, характером тощо. Оцінити спектр інформації, з якою працюють студенти, дозволяє аналіз структури патології вагітності за результатами діяльності денного стаціонару (табл. 1).

Важливим для діяльності денного стаціонару є участь у ній консультантів, доцентів медичного університету, які допомагають та контролюють індивідуальну роботу студентів. У навчальному процесі робиться наголос на розумінні майбутнім лікарем загальної практики свого першочергового завдання під час роботи з кожним хворим.

Таблиця 1

Структура найбільш поширених захворювань за результатами 2012 року

Нозологічні одиниці	%
Дисфункція плаценти	42,5
Багатоводдя	35,2
Анемія вагітних	12,2
Внутрішньоутробне інфікування	10,4
Ранній гестоз	4,1
Істміко-цервікальна недостатність, шов на шийці матки	4,5
Рубець на матці	2,8
Варикозна хвороба нижніх кінцівок	2
Обтяжений акушерський анамнез	20,9
Захворювання щитоподібної залози	6
Захворювання серцево-судинної системи	5
Захворювання нирок	3,3
TORCH-інфекції	
Хронічна цитомегаловірусна інфекція	36
Хронічна герпетична інфекція	36,7
Хронічний токсоплазмоз	13,7
Хронічний хламідіоз	4,7
Хронічний уреоплазмоз	3,9

Це як головний процесор або чип у комп'ютері, що дозволяє відповісти на запитання: «Перед вами ваш пацієнт чи ні?!», Чи маєте ви право надавати медичну допомогу в даному випадку?!». Завдання лікаря може полягати у терміновому скеруванні хворого або навіть у супроводі його до відповідного закладу. Спроба в амбулаторному режимі диференціювати апендицит від правобічної позаматкової вагітності є грубим прикладом відсутності подібного «чипа» (розуміння).

Фахівцям первинної медико-санітарної допомоги – сімейним лікарям доручають допомогти підготовку жінок лише з фізіологічним перебігом вагітності. Наказом МОЗ визначено терміни для обов'язкового консультування акушером-гінекологом (19–21 тиж вагітності – це терміни проведення повторного УЗД та 30 тиж – надання декретної відпустки). Саме за таких вимог сімейний лікар повинен уміти своєчасно реагувати на відхилення від нормального перебігу вагітності та пропонувати вагітній жінці консультацію колег, не переймаючись закидами щодо необгрунтованої «переадресації».

Патологічні стани вагітних, які входять до переліку показань щодо направлення у денний стаціонар (Додаток 18 до наказу МОЗ № 417), не супроводжуються яскравими ознаками та порушенням самопочуття жінки. Акушерам-гінекологам інколи доводиться прикладати зусилля не тільки для своєчасної діагностики, але й для переконання окремих пацієнтів у необхідності додаткового обстеження та лікування, не вдаючись до залякування імовірними наслідками. Відомі випадки, коли навіть провідним фахівцям важко переконувати «самовпевнених» пацієнтів та їхніх родичів, які наполягають на своєму, передбаченому законом, праві давати або не давати згоду на лікарські втручання. Зайвим здається нагадування про те, що ускладнення вагітності не

Таблиця 2

Деякі показники роботи денного стаціонару жіночої консультації за 2011-2012 рр.

Показники	Роки	
	2011	2012
Госпіталізовано хворих	379	829
Виписано хворих	375	836
Кількість ліжко-днів	3992	7986
Середня кількість ліжко-днів	10,8	9,6

належать до переліку захворювань, які підлягають примусовому лікуванню.

Відбір хворих для госпіталізації до денного стаціонару жіночої консультації здійснює завідувач консультацією за поданням дільничних акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, інших фахівців лікувально-профілактичного закладу, на базі якого він функціонує [5]. Серед показань до направлення в денний стаціонар немає, наприклад, соціальних чинників, які добре відомі сімейному лікарю і за якими пацієнтка інколи змушена відмовлятися від цілодобового спостереження та лікування у відділенні патології вагітності. Імовірно, звідси можуть походити зауваження щодо обгрунтованості направлення, яке виписав сімейний лікар.

У відповідності до стратегічної програми оптимізації ліжкового фонду лікарні в першому кварталі 2012 року кількість ліжок денного стаціонару жіночої консультації збільшено до 50 – це більше ніж удвічі, а ліжка відділення патології вагітних скорочено з 75 до 30. Необхідність розширення мережі денних стаціонарів у лікувально-профілактичних закладах акушерсько-гінекологічного профілю не потребує обговорення. Їхню мету вичерпно сформульовано у наказі МОЗ України № 620 – це «поліпшення рівня репродуктивного здоров'я жіночого населення України, зниження материнської та дитячої захворюваності і смертності, ускладнень вагітності і пологів, реалізації рекомендацій ВООЗ та виконання чинного законодавства України щодо охорони здоров'я матерів і дітей» [6].

Про успішність даного кроку свідчать зміни у показниках роботи денного стаціонару у 2011 та 2012 рр. (табл. 2).

Аналізуючи роботу денного стаціонару за 2011 р. та неповний 2012 рр. (із збільшенням ліжок), необхідно відзначити тенденцію до зменшення середнього перебування на ліжку при суттєвому збільшенні пролікованих жінок. План ліжко-днів перевиконано – 104%. Показник середнього ліжко-дня буде суттєво меншим у тих денних стаціонарах, де багато жінок отримують курс лікування, який триває один день, наприклад, виконують вакуум-регуляцію менструального циклу. Так, у денному стаціонарі міської жіночої консультації № 1, де міні-абортів у 2012 р. зроблено 121 (26,4%), середнє число ліжко-днів складало 5,9. Отже, порівняльні оцінки роботи денних стаціонарів різних закладів, без урахування специфіки лікувально-профілактичних послуг, не виглядають коректними.

Показники роботи денного стаціонару уважно вивчаються не тільки керівництвом лікарні, але й пропонуються для студентських науково-аналітичних досліджень.

Підготовка майбутніх сімейних лікарів до ефективної співпраці з акушерами-гінекологами та фахівцями інших спеціальностей є законодавчо обгрунтованою вимогою часу. Від цієї співпраці, від професійного досвіду

та комунікативної культури кожного фахівця залежать не тільки результати лікування окремих пацієнтів, але й узагальнені висновки щодо рівня медичної допомоги взагалі.

ВИСНОВКИ

1. Співпрацю сімейних лікарів та акушерів-гінекологів на основі використання денних стаціонарів жіночих консультацій потрібно розпочинати на додипломному етапі підготовки фахівців.

2. Чітке розуміння сімейним лікарем своїх завдань та реагування на перші прояви відхилень від нормального перебігу вагітності є запорукою вчасної спеціалізованої допомоги.

3. Шляхом співпраці сімейних лікарів та фахівців інших спеціальностей можна наблизити до населення й активувати спеціалізовану медичну допомогу.

4. Розширення денних стаціонарів має важливе значення як захід оптимізації ліжкового фонду лікарні та як фактор, що збільшує базу для практичної підготовки сімейних лікарів.

Семейный врач – акушер-гинеколог.

Готовность к сотрудничеству

А.А. Воронцов, Л.С. Бабинец, Л.Ф. Матюха, И.О. Боровик, С.С. Рябоконт, Н.Е. Боцюк

В статье рассмотрена возможность оптимизации акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам в пределах полномочий семейного врача путем совершенствования практической подготовки на додипломном уровне.

Ключевые слова: семейный врач, акушерско-гинекологическая помощь, практическая подготовка, дневной стационар.

Family Doctor – Obstetricians and Gynecologists. Willingness to cooperate

A.Vorontsov, L. Babinets, L. Matyuha, I. Borovik, S. Ryabokon, N. Botsyuk

The article considers the possibility to optimize obstetric care to pregnant women within the limits of family doctor by improving the practical training at before diploma level.

Key words: family physician, obstetrical and gynecological care, practical training, day care.

Сведения об авторах

Воронцов Александр Александрович – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (066) 649-64-12.

Бабинец Лилия Степановна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-07-43.

Матюха Лариса Федоровна – 04074, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 344-35-99.

Боровик Ирина Олеговна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (096) 543-22-00.

Рябоконт Светлана Степановна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (050) 186-60-60.

Боцюк Наталия Евгеньевна – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского, 46000, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-18-82.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 "Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні".

2. Наказ МОЗ України від 04.08.2006 № 539 "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони

репродуктивного здоров'я в Україні".
3. Лисенко Л.І., Яценко О.Б., Хімюн Л.В. та ін. Підготовка сімейних лікарів на сучасному етапі: вирішені та невирішені проблеми // Сімейна медицина. 2011. – № 3.– С. 5–6.

4. Климов Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 400 с.

5. Наказ МОЗ України від 23.02.2001 № 72 "Про затвердження окремих

документів з питань сімейної медицини".

6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні".

Статья поступила в редакцию 19.03.2013