дільничних лікарів з обслуговування вечірніх викликів. Невідкладна допомога, що потребувала хірургічних втручань невеликого обсягу, надавалась переважно у приймальних відділеннях лікарень. Законом України передбачено:

- створення відділень невідкладної допомоги у лікарнях інтенсивного лікування, що забезпечує наступність та розширення наведеної функції у стаціонарних закладах;
- передача викликів неекстреного характеру на первинний рівень надання медичної допомоги.

Згідно з нормативними документами, ЦПМСД надають медичну допомогу, у тому числі невідкладну, з 8.00 до 20.00.

Відповідно до Методичних рекомендацій «Організація надання невідкладної медичної допомоги на рівні центра первинної медичної допомоги» (2012) функцію надання невідкладної медичної допомоги покладено на медичний персонал амбулаторій, передусім лікарів ЗП–СЛ. Економічна мотивація полягає у наданні надбавки за зменшення викликів швидкої медичної допомоги до населення, прикріпленого до лікаря. Передбачено, що це спонукатиме лікаря ЗП–СЛ приділяти більше уваги питанням вторинної профілактики у пацієнтів з хронічними захворюваннями, що відповідає одній з компетенцій лікаря – «тривале безперервне спостереження». А створення спеціалізованих структур у ЦПМД, на думку МОЗ, є недоцільним, оскільки потребує додаткових видатків, призведе до дублювання функцій лікарів ПМД та знівелює мотивацію до профілактики невідкладних станів. Крім того, з метою залучення до чергувань з надання невідкладної допомоги лікарів інших спеціальностей в умовах дефіциту лікарів первинної ланки створення таких структур можливе на нетривалий час.

Потребує доопрацювання і внесення коректив табель оснащення, який періодично змінюється, а останній затверджений 23.02.2013 р. Досвід його застосування (у пілотних і не пілотних регіонах), а також досвід європейських країн свідчить про необхідність внесення змін до зазначеного документа, а саме:

- надати перевагу принципам доказової медицини і доповнити табель оснащення таким обладнанням, як спірометр/спірограф, пульсоксиметр, які визначені уніфікованими клінічними протоколами;
- переважне застосування одноразового інструментарію;
- окреслення переліку оснащення для адміністративно-господарських підрозділів;
- забезпечення лабораторними скринінговими тестами.

Таким чином, баланс між роллю лікаря ЗП–СЛ у профілактичній і лікувальній роботі зміщується суттєво у бік профілактики. У зв'язку з цим важливо, щоб діяльність лікаря ґрунтувалась на принципах доказової медицини з упровадженням медико-технологічних документів, уведенням локальних клінічних протоколів з визначенням маршрутизації пацієнтів. Важливо також, щоб програми профілактичної допомоги оцінювались науковцями та професійною асоціацією ще до впровадження в практику лікаря, зокрема їхня медична, соціальна та економічна ефективність.

Проблема кліщових інфекцій в практиці сімейного лікаря

Г.В. Бацюра, Д.Ф. Матюха

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

Завдяки погіршенню акарологічної ситуації у світі, збільшенню контактів людини з кліщами, можливості існування природних осередків як кліщових моноінфекцій (КІ), так й мікстінфекцій, різноманітність їхнього перебігу та наслідків, зменшення обсягів профілактичних заходів, зумовили підвищену зацікавленність до вивчення цих захворювань.

На території України встановлені природні осередки багатьох КІ: кліщового енцефаліту, хвороби Лайма, моноцитарного ерліхіозу людини, гранулоцитарного ерліхіозу людини, кліщової лімфаденопатії, марсельської лихоманки, коксієльозу, туляремії, Кримська-Конго геморагічної лихоманки, геморагічної лихоманки з нирковим синдромом та ін. Найвищі рівні захворюваності відзначені у м. Києві, Київській, Черкаській, Донецькій, Сумській, Львівській, Тернопільській, Чернігівській, Вінницькій областях та Криму.

Циркуляція збудників захворювань здійснюється за допомогою переносників між дикими хребетними у природних осередках та між синантропними тваринами і людиною в антропургічних осередках. Основний механізм інфікування людини – трансмісивний шлях – через укус кліща. В Україні перенесення збудників переважно забезпечують іксодові кліщі родин Ixodes, Dermacentor, Rhipicephalus та Hyalomma. Людина слугує тупиком у подальшому поширенні інфекції. Річна динаміка захворюваності на КІ характеризується весняно-осінньою сезонністю, що пов'язано з сезонною активністю кліщів. Групою ризику є доросле працездатне населення віком 30–60 років, за родом занять це службовці, робітники, студенти та пенсіонери. Важливою особливістю сучасної епідеміології КІ є зміна структури захворюваності у бік збільшення хворих серед міського населення та в антропургічних осередках.

Проведене опитування лікарів-інтернів та слухачів встановило їхню високу зацікавленість до проблеми КІ, зокрема у питаннях акарології, етіопатогенезу, клінічних проявів, диференціальної діагностики та лікування.

Таким чином, КІ представляють загрозу для населення та потребують подальшого клініко-епідеміологічного дослідження, оптимізації лабораторної діагностики і проведення профілактичних заходів з метою зниження ризику зараження, що особливо важливо в практиці лікаря первинної ланки медичної допомоги.

Надання медичної допомоги хворим із резистентною артеріальною гіпертензією на первинному етапі

В.В. Бугерук, О.Б. Волошина, І.С. Лисий, О.Р. Дукова, С.В. Бусел, Г.О. Чайка

Одеський національний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) визначається як резистентна до лікування (ESH/ESC, 2013), коли терапевтичні стратегії, що включають відповідні заходи з модифікації способу життя в комбінації з лікуванням діуретиком та двома іншими антигіпертензивними препаратами, які належать до різних класів, в адекватних дозах (але у схемі не обов'язково має бути антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів), не забезпечують зниження САТ і ДАТ менше ніж до 140 мм рт.ст. і 90 мм рт.ст. відповідно.

ISSN 2307-5112