

*В.І. Пирогова, І.В. Козловський,
О.В. Лаба*

*Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького*

УДК: 618:614.2:[614.23:362.17]

РОЛЬ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В ІНТЕГРАЦІЇ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ

Резюме. У процесі реформування системи охорони здоров'я України пріоритетним напрямком розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики визнано напрямок сімейної медицини та подальша її інтеграція з іншими видами спеціалізованої медичної допомоги.

Мета дослідження передбачала проведення оцінки ролі лікаря загальної практики (сімейного лікаря) у наданні жінкам акушерсько-гінекологічної допомоги та інтеграції цього напрямку роботи в практичну медицину із забезпеченням процесів комплексного обстеження й лікування жінок на рівні первинної ланки медичної допомоги. Ключовою ідеєю інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень практичної медицини є послідовне вирішення пріоритетної проблеми із забезпечення комплексної медичної допомоги жінкам сімейними лікарями. Така інтеграція буде сприяти ефективному вирішенню питань профілактичної діяльності: зменшенню кількості абортів та інфікування жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом; підвищенню доступності та якості первинної медичної допомоги вагітним жінкам і жінкам у післяпологовому періоді; забезпеченню виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень у жінок на ранніх стадіях розвитку.

Отримані результати дослідження дозволяють констатувати, що проведення інтеграційних процесів для надання медичної допомоги на рівні первинної ланки буде сприяти підвищенню доступності та ефективності медичної акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню шляхом налагодження співпраці між лікарем загальної сімейної практики й лікарем-гінекологом.

Ключові слова: сімейний лікар, лікар загальної практики, надання гінекологічної допомоги на первинній ланці, гінекологічна допомога в умовах амбулаторної практики.

В Україні в процесі реформування системи охорони здоров'я пріоритетним напрямком розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики визнано напрямок сімейної медицини. На законодавчому рівні стверджено право населення на вільний вибір сімейного лікаря. Таким чином, лікар загальної практики (сімейний лікар) — це лікар першого контакту населення із системою охорони здоров'я. Саме він визначає медичний маршрут пацієнта (МОЗ України «Порядок надання медичної допомоги сімейними лікарями»), який включає всі питання надання медичної допомоги [1-3].

На сьогодні у світі вже сформувалися три моделі, або варіанти, діяльності сімейного лікаря: індивідуальна практика; групова практика; багатопрофільні центри здоров'я.

Для прикладу можна взяти США, де також існують 3 моделі роботи сімейного лікаря: «Лікар-диспетчер», «Самостійна практика» та «Робота

в команді» (сімейний лікар-терапевт, педіатр, хірург, акушер-гінеколог).

За сучасних умов розвитку медицини (у рамках загальної медицини) сімейні лікарі прагнуть отримати певну додаткову спеціалізацію. Колектив таких фахівців може забезпечити більш широкі можливості діагностики й лікування (групова практика). Така модель активно розвивається та функціонує в Туреччині, Ізраїлі, Фінляндії й Скандинавських країнах. Сформовані таким чином центри групової практики надають не лише первинну, але й необхідну стаціонарну (хворим терапевтичного профілю) та стоматологічну допомогу. Кожен центр формується з розрахунку обслуговування до 10 тис. осіб з усім необхідним діагностичним лабораторним та апаратним забезпеченням (лабораторія, рентгенкабінет, ліжковий фонд для екстрених випадків, власні спеціалісти-консультанти). Основний вектор їхньої діяльності — охорона материнства та дитинства, планування сім'ї, надання й збереження здоров'я осіб похилого віку, санітарна та медична просвіта [4, 5].

Незважаючи на те, що Україна декларує європейський вектор розвитку, на теренах нашої країни зберігся «унікальний» формат роботи лікаря первинної ланки надання медичної допомоги (індивідуальна практика). Зазвичай в Україні домінує модель індивідуальної практики, яка передбачає, що лікар працює сам або із середнім медичним персоналом [6-8].

Відповідно до мети дослідження планувалось розглянути й оцінити роль лікаря загальної практики (сімейного лікаря) у ранній діагностиці гінекологічної патології в жінок фертильного віку вже на первинній ланці медичної допомоги та інтеграції в практичну медицину моделі групової практики. Вирішення цих завдань буде сприяти досягненню кінцевої мети — підвищенню доступності та ефективності медичної акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню.

Дослідження проводилось шляхом аналізу доступних літературних джерел із використанням інформаційних ресурсів та пошукових систем Google, Google Scholar, Microsoft Academic Search, BASE, WorldWideScience, а також перегляду баз даних бібліотечних каталогів, книг, журналів і публікацій відповідно до мети дослідження.

Пошук інформації проводився за ключовими словами: сімейний лікар, лікар загальної практики, надання гінекологічної допомоги на первинній ланці, діагностично-лікувальний алгоритм у наданні гінекологічної допомоги в умовах амбулаторної практики.

Були використані основні логічні пошукові оператори та пошукові символи для забезпечення й провадження усіх стратегій пошуку літературних посилань (простий пошук, систематичний пошук; пошук за логічним ланцюгом «снігова куля»), які досліджували тему надання медичної допомоги. Отримані результати пошуку оцінювались за критеріями функціональності й важливості (відповідно до мети та поставлених завдань).

На перший погляд, при проведенні медичної реформи первинної ланки охорони здоров'я передбачалось, що істотних негативних змін після проведення медичної реформи пацієнти не відчують. Однак на практиці було відзначено появу додаткових незручностей, наприклад, головною умовою того, щоб пацієнт отримав вторинну або третинну медичну допомогу безкоштовно, є певні проблеми з отриманням направлення від сімейного лікаря до вузького спеціаліста. На цю незручність, за даними опитування загального доступного сайту лікарів і пацієнтів Києва (опублікованого на одній зі сторінок Facebook), пацієнти часто акцентували увагу [9, 10].

Розглядаючи цю проблему з точки зору практичної медицини, варто розуміти, що, власне, направлення «придумане» для того, щоб пацієнти не встановлювали самі собі діагнози та не

займались самолікуванням, а також щоб центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (за програмою медичних гарантій — Національна служба здоров'я України — НСЗУ), міг відстежити й оплатити послуги, надані державою, кожному конкретному пацієнту [11-13].

При цьому без електронного направлення від сімейного лікаря самостійно пацієнту можна буде потрапити лише до акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога і, відповідно, до лікаря, у якого пацієнт перебуває під медичним наглядом (у разі хронічного перебігу захворювання чи диспансерного нагляду).

Який варіант первинної медичної допомоги можна виокремити або розглянути як ідеальний для населення України?

У даному аспекті (відповідно до мети дослідження) слід розглянути два види медичної допомоги (перша медична допомога (ПМД) жінкам із гінекологічними проблемами та акушерсько-гінекологічна допомога жіночому населенню). Однозначно варто відмітити, що ПМД має бути невідкладною та доступною (універсального охоплення). Цю допомогу мають надавати усі лікарі загальної практики і сімейної медицини, а пацієнтки повинні мати право вільно вибирати і змінювати лікаря за результатами її надання та кінцевими наслідками лікування. Зі свого боку лікуючий лікар повинен сприяти, у разі потреби, в отриманні необхідних консультацій та інших видів медичної допомоги (оптимальний медичний маршрут).

Переходимо безпосередньо до пацієнток фертильного віку, котрі мають гінекологічні проблеми або вагітніють і потребують надання профільної медичної допомоги. Існують два варіанти надання цієї медичної допомоги: планового та екстреного порядку. Планові звернення зазвичай потрібні для: профілактичного огляду; діагностичного огляду; призначення необхідного амбулаторного лікування; супроводу пологів тощо.

Факт існування безоплатних медичних послуг у сфері жіночого здоров'я для громадян України, безумовно, є позитивним явищем, однак певні перепони та бар'єри, з якими зіштовхуються жінки, можуть призвести до того, що частина пацієнток не отримає ці безоплатні медичні послуги.

Перепони й бар'єри фіксуються на різних етапах маршруту пацієнтки до профільного спеціаліста та мають різну організаційну і медичну значущість (рис. 1).

Вже на етапі первинного звернення до сімейного лікаря з приводу додаткових консультацій профільного спеціаліста — гінеколога жінки виокремлюють проблему в графіку роботи (як сімейних лікарів, так і лікарів-гінекологів). Були відзначені такі спірні та неоднозначні питання

(відсутність годин прийому у вихідні дні та у вечірні години; невідповідність годин прийому сімейного лікаря та гінеколога), що створює певні незручності й бар'єри для візиту, особливо в жінок, які працюють стандартний робочий день. Для такої категорії осіб необхідно відпрошуватися з роботи, брати вихідний чи формувати графік роботи таким чином, щоб допрацьовувати витрачені на доїзд і прийом години. Не завжди роботодавці це вітають, що створює додаткові проблеми на шляху до кабінету профільного спеціаліста (рис. 1).



Рис. 1. Бар'єри на етапі первинного запису та прийому до сімейного лікаря

Основні бар'єри при візиті до сімейного лікаря:

- етап первинного звернення та запису — може виникнути проблема відсутності в пацієнтки декларації із сімейним лікарем або комунікаційні проблеми (труднощі із записом на прийом, завантаженість ліній зв'язку);
- етап візиту (рис. 2) до сімейного лікаря та етап комунікації (отримання направлення до лікаря-гінеколога) — можуть виникати транспортні проблеми (потрапляння пацієнтки до сімейного лікаря через віддаленість місця проживання); організаційні (сімейний лікар може не знати, які саме лікарні уклали договори з НСЗУ на надання гінекологічної допомоги); професійні (компетентність сімейного лікаря, небажання пояснювати або незнання



Рис. 2. Бар'єри на етапі візиту до сімейного лікаря

сімейного лікаря фактів можливості отримання безоплатних медичних послуг в інших закладах охорони здоров'я).

Розглядаючи роботу лікарів загальної практики (сімейних лікарів) із надання медичної допомоги жінкам в аспекті гінекологічної патології, слід виокремити такі види діяльності: надання консультативних послуг із планування сім'ї; надання консультативних послуг із профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, їх посиндромна діагностика та лікування; проведення профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку; ведення вагітних із фізіологічним перебігом вагітності; організація роботи школи відповідального батьківства; медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді; виявлення та лікування гінекологічних хвороб.

У практиці сімейного лікаря можуть виникнути ситуації, які потребують негайного скерування пацієнтки на огляд до лікаря-гінеколога, а саме: кров'янисті виділення зі статевих шляхів поза менструальних днів; біль унизу живота; непрозорі виділення зі статевих органів; порушення менструального циклу; зуд і печіння в ділянці статевих органів; дискомфорт при статевому акті; новоутворення на зовнішніх статевих органах.

Вирішення питань стосовно необхідності проведення діагностичних алгоритмів та потреби в додатковій консультації лікаря-гінеколога можливе лише при відповідній компетенції лікаря загальної практики (правильна організація роботи на робочому місці; володіння професійними знаннями та спеціальними навичками; всебічний, комплексний підхід до огляду пацієнтки; інтегрований підхід до аналізу результатів загального огляду та спеціальних лабораторних і загальноклінічних даних апаратних методів обстеження).

Основні бар'єри (рис. 3) при візиті до лікаря-гінеколога:

- на етапі запису на прийом до лікаря-гінеколога можуть виникнути труднощі із записом на комфортні для пацієнтки дату і час;

- на етапі візиту до лікаря-гінеколога в приватній клініці може виникнути потреба здійснити непрямий платіж або ціна призначеної терапії може бути завищеною для жінки.

Окремий бар'єр — це вирішення питання конфіденційності, яке також турбує пацієнток і може виступити стримуючим фактором для візиту в загальнодоступні заклади медичної допомоги (страх поширення інформації для жінок сільської місцевості є особливо актуальним).

Вже під час проведення первинного огляду лікар-гінеколог первинної ланки повинен звернути увагу на діагностування таких захворювань: запальні захворювання (аднексит, вагініт, кольпіт,



Рис. 3. Бар'єри на етапі запису та візиту до лікаря-гінеколога

цервіцит, ендометрит, періоофорит); дисфункціональні маткові кровотечі; ерозії, дисплазії шийки матки; наявність ознак захворювань, які передаються статевим шляхом; ендометріоз; лейоміома матки; клімактеричний синдром; доброякісні і злоякісні пухлини жіночих статевих органів.

Ключовою ідеєю інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень практичної медицини є послідовне вирішення пріоритетної проблеми із забезпечення комплексної медичної допомоги жінкам сімейними лікарями. Така інтеграція буде сприяти ефективному вирішенню питань профілактичної діяльності: зменшенню кількості абортів та інфікування жінок на інфекції, що передаються статевим шляхом; підвищенню доступності та якості первинної медичної допомоги вагітним жінкам і жінкам у післяпологовому періоді; забезпеченню виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень у жінок на ранніх стадіях розвитку (рис. 4).



Рис. 4. Напрямки інтеграційної роботи гінеколога та сімейного лікаря

Шляхи вирішення даних завдань вбачаємо в такому: забезпечити готовність первинної ланки до надання гінекологічної допомоги та появу мотивації в жінок до отримання медичної первинної гінекологічної допомоги в лікарів загальної практики (сімейних лікарів) з наступною консультацією в профільного спеціаліста (лікаря-гінеколога).

Інтеграція акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги (включаючи спеціалізовану допомогу) повинна мати такі напрямки: безперервне фахове підвищення професійного рівня медичних

працівників первинного рівня (сімейні лікарі та сімейні медичні сестри); покращення матеріально-технічного забезпечення сімейних амбулаторій із кінцевою метою в забезпеченні та наданні акушерсько-гінекологічної допомоги (визначеної для первинної ланки); комунікаційна, діагностична, профілактична та санітарно-просвітна робота.

Мотиваційними засадами для лікарів загальної практики (сімейних лікарів) до набуття необхідних компетенцій і надання акушерсько-гінекологічної допомоги на первинному рівні можна розглядати бажання лікарів надавати повноцінну допомогу, особливо зараз, у період військового конфлікту та обмеженого доступу пацієнток до спеціалізованої медичної допомоги. Доцільно також розробити й запровадити мотиваційні механізми як на державному, так і місцевому рівнях [11, 12, 14].

Серед пріоритетних напрямків інтеграційних процесів на рівні сімейний лікар → гінеколог увагу лікарів слід зосередити на: підготовці сімейних лікарів та сімейних медичних сестер на тематичних курсах вдосконалення для надання невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю; запровадженні механізмів взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими службами надання гінекологічної допомоги; наданні лікарями сімейної медицини й гінекологами консультативних послуг із профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом; діагностиці та наданні медичної допомоги жінкам при найбільш поширених гінекологічних захворюваннях; скеруванні, у разі потреби, жінок для отримання спеціалізованої медичної допомоги на вищій рівні її надання; проведенні профілактичних оглядів для виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень на ранніх стадіях розвитку; комплексній інформаційно-просвітницькій роботі серед жіночого населення з питань профілактики захворювань та збереження репродуктивного здоров'я; інформаційно-просвітницькій роботі серед дівчат-підлітків із питань безпечної сексуальної поведінки й збереження репродуктивного здоров'я; наданні невідкладної медичної допомоги жінкам акушерсько-гінекологічного профілю.

На державному рівні такими засобами можуть бути фінансові важелі (механізми оплати працівникам первинного рівня за надану акушерсько-гінекологічну допомогу), а на місцевому рівні — місцеві економічні стимули за визначеними індикаторами на рівні локального медичного закладу.

Вирішення цих завдань може сприяти досягненню кінцевої мети — підвищенню доступності та ефективності медичної акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню шляхом налагодження співпраці між лікарем загальної сімейної практики та лікарем-гінекологом.

Висновки

Розглянувши питання інтеграції роботи лікарів первинної ланки (лікарі сімейної практики), слід відзначити, що впровадження інтеграційної системи надання медичної допомоги може бути етапним. Враховуючи економічний стан країни, розвиток локальних медичних установ та можливості фінансування, її терміни на різних адміністративних територіях можуть бути різними. Значною мірою ефективність інтеграційних процесів також пов'язана з рівнем теоретичної

та практичної підготовки сімейних лікарів і сімейних медичних сестер та готовністю до діагностики й надання гінекологічної допомоги, а також рівнем підготовки ресурсної бази сімейних амбулаторій.

Використання запропонованих рекомендацій дозволить провести ефективну інтеграцію акушерсько-гінекологічної допомоги на первинний рівень медичної допомоги та забезпечити надання доступної й ефективної комплексної медичної допомоги жінкам лікарями загальної практики — сімейними лікарями.

Список використаної літератури

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/_doc2.nsf/link1/T172168.html
2. Зюзін ВО. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я та українські реалії / ВО Зюзін. Науковий погляд: економіка та управління. 2019;3:219-227. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vamsue_2019_3_28
3. Андрусів УЯ, Юрченко НБ. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. Економічний простір. 2019;150:20-24. Режим доступу: <http://www.prostir.pdaba.dp.ua/index.php/journal/article/view/354>
4. Яремчук ОВ. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. Видавництво ДКС Центр. 2018:130-134. Режим доступу: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2018.24.130>
5. Посилкіна ОВ, Гладкова ОВ. Актуальні проблеми фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в Україні в умовах їх реформування. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. 2021;2;32(71):43-49. Режим доступу: https://www.econ.vernadskyjournals.in.ua/journals/2021/32_71_2/9.pdf
6. Наказ МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/2/11606-dn_20190408_797.pdf
7. Слабкий ГО. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / ГО Слабкий, ІС Зозуля, АІ Зозуля. Сімейна медицина. 2014;3(53):25-27. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2014_3_10
8. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>
9. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2017 рік. [Електронний ресурс] / Центр медичної статистики МОЗ України. 2018. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVII.html>
10. Щербинська ОС. Надання лікарями загальної практики — сімейними лікарями акушерсько-гінекологічної допомоги та характеристика взаємозв'язку первинної ланки з акушерсько-гінекологічними службами / ОС Щербинська, ГО Слабкий. Сімейна медицина. 2019;3:63-67. Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/28870>
11. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програми документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. 27 с. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf
12. Яремчук ОВ. Проблеми фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я. Режим доступу: [https://vrbm.com.ua/ua/virusk-2-tom-2-\(151\)-2019/12713](https://vrbm.com.ua/ua/virusk-2-tom-2-(151)-2019/12713)
13. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Режим доступу: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR-Full-report_Web.pdf
14. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. Щотижневик «Аптека». 1(1272). Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/579552>

Надійшла до редакції 18.07.2022 р.

THE ROLE OF A FAMILY PHYSICIAN IN THE INTEGRATION OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CARE IN PRIMARY MEDICAL CARE. ORGANIZATIONAL ASPECTS

V.I. Pyrohova, I.V. Kozlovskiy, O.V. Laba

Abstract. In the process of reforming the health care system of Ukraine, the direction of family medicine and its further integration with other types of specialized medical care is acknowledged to be the priority of the development of primary health care based on general medical practice.

The purpose of the study was to assess the role of general practitioners (family physicians) in providing women with obstetric and gynecological care and integrating this area of practice into practical medicine with the provision of comprehensive examination and treatment of women at the primary care level.

The key idea of integrating obstetric and gynecological care into the primary level of practical medicine is the consistent solution to the priority problem of providing comprehensive medical care to women by family physicians. Such integration will contribute to the effective resolution of prophylactic activity issues: reducing the number of abortions and the infection of women with sexually transmitted contagions; improving the availability and quality of primary health care to pregnant women and women in the postpartum period; ensuring the detection of visual forms of malignant neoplasms in women in the early stages of development.

The results of the study allow stating that the integration processes of the primary care unit at the primary level will increase the availability and effectiveness of obstetric and gynecological care for women by establishing cooperation between general practitioners and gynecologists.

Keywords: family physician, general practitioner, provision of gynecological care at the primary level, gynecological care in outpatient practice.