

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 ЦПМСД, 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 таблиць 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 таблиць 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 мікстіньфекцій, різноманітність їхнього перебігу та наслідків, зменшення обсягів профілактичних заходів, зумовили підвищену зацікавленість 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, коксіельозу, 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 антропоургічних осередках. Основний механізм інфікування людини – трансмісивний шлях – через укуси 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 антропоургічних 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

ми, 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.

На етапі надання первинної допомоги лікар загальної практики оцінює дійсно резистентний характер АГ, включаючи такі проблеми, як невиконання вимог щодо модифікації способу життя з відмовою від куріння, обмеженнями солі, алкоголю, зменшення надлишкової маси тіла, нерегулярне вживання антигіпертензивних ліків. Аналізують причини можливої псевдорезистентності при неправильному вимірюванні АТ. Гіпертензія в осіб похилого віку може мати псевдорезистентний характер і бути зумовленою підвищеною жорсткістю атеросклеротично змінених артерій. Виконання проби Ослера у таких пацієнтів є простим і корисним діагностичним тестом. Важливо встановити, чи має пацієнт АГ поза офісом сімейного лікаря. Для цього використовують добове моніторування АТ та домашнє самостійне вимірювання тиску.

Потрібно максимально раціонально призначати антигіпертензивні препарати, враховуючи особливості патогенезу АГ у конкретного хворого, застосовувати доцільні з точки зору доказової медицини комбінації, використовувати адекватні дози, віддавати перевагу препаратам пролонгованої дії та препаратам з нейтральним та корисним метаболічним

ефектом. Призначене лікування повинно бути проаналізовано з точки зору підбору оптимальних доз – більше 50% від максимально рекомендованої дози або затвердженої для лікування АГ (Egan V.M., et al., 2013). Сімейний лікар звертає увагу також на вживання хворим інших ліків, що можуть порушувати контроль АТ (глюкокортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби, симпатоміметики, трициклічні антидепресанти, інгібітори моноамінооксидази тощо).

Сімейний лікар має виключити найбільш часті клінічні причини резистентної АГ, які зумовлені вторинними АГ (реноваскулярна та ренопаренхіматозна АГ, феохромоцитом, первинний гіперальдостеронізм, синдром Кушинга, тиреотоксикоз, коарктація аорти). При підозрі на вторинний характер АГ хворий з резистентною АГ повинен пройти обстеження та лікування на наступних (вторинному, третинному) етапах надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Основна мета лікування хворого з резистентною АГ на етапі надання первинної медичної допомоги полягає в досягненні цільових рівнів АТ та зменшенні ризику ураження органів-мішеней.

## Сучасні підходи сімейного лікаря до збереження та поліпшення здоров'я дітей

*Т.М. Бухановська, Л.О. Мальцева*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ  
КМУ «Дитяче клінічне територіальне медичне об'єднання м. Макіївки Донецької області»

Медична реформа, на яку суспільство чекало багато років, почала своє існування з першого січня 2012 р. у пілотних регіонах, до яких належить і Донецька область. Основною метою реформування є наближення медичної допомоги до населення та підвищення її якості. Одним з кроків реформи, яка впроваджується на території України в системі охорони здоров'я, є обслуговування дітей лікарями загальної практики. У ході нашого дослідження проаналізовано основні показники здоров'я дитячого населення пілотного регіону (Донецької області) за 2012 р. (перший рік реформування охорони здоров'я) порівняно з попереднім 2011 р.

Відомо, що індикаторами здоров'я є демографічні показники. Перший показник – це народжуваність. Слід відзначити, що за рік існування нової системи охорони здоров'я у Донецькій області цей показник збільшився на 1,5% і становив 10,7‰ проти 9,4‰ у 2011 р. Але й досі він залишається нижчим, ніж по Україні (11,5‰ у 2012 р.).

Найвагомішим важелем впливу на зростання народжуваності вважається виплата грошової допомоги при народжуванні дитини. Однак не менш суттєвим, на нашу думку, є гарантування жінкам, які прагнуть стати матерями, якісного медичного спостереження, надійної і зручної допомоги у разі ускладненого перебігу вагітності.

Реформа амбулаторної ланки в пілотних регіонах передбачає наближення акушерсько-гінекологічної допомоги до населення шляхом удосконалення сімейної медицини. Зокрема, акушери-гінекологи делегують сімейним лікарям частину своїх професійних повноважень стосовно допологового спостереження за вагітними.

Протягом 2012 р. відзначено зменшення на 3,1% смертності серед населення Донецької області (з 16,6‰ у 2011 р. до 16,1‰ у 2012 р.). Позитивним є й динаміка природного руху населення у Донецькій області. Так, у 2012 р. він становив -5,4% проти -6,7% у 2011 р.

Головним індикатором зрілості в країні є показники малюкової смертності. У 2012 р. відзначено зростання цього показ-

ника у Донецькій області на 12% порівняно з 2011 р. Порівняно із загальноукраїнським показником він вище на 30%.

Захворюваність дітей віком від 0 до 14 років життя у Донецькій області за рік реформування зменшилась на 5,4% і у 2012 р. становила 14 093,8 на 10 тис. дитячого населення, проти 14 862,5 на 10 тис. населення у 2011 р. Разом з тим, відзначено зменшення на 2,3% поширеності хвороб серед дітей цієї вікової групи з 20 999,4 у 2011 р. до 20 521,7 у 2012 р.

Якщо серед дітей 0–14 років захворюваність і поширеність хвороб зменшилися, то серед дитячого контингенту 15–17 років відзначено зростання цих показників на 10,6% та 1,4% відповідно.

У 2012 р. відзначено зменшення рівня диспансеризації дитячого населення на 13,2%, який протягом першого року реформування галузі охорони здоров'я становив 626,0 на 10 тис. дитячого населення проти 708,6 у 2011 р. Це, насамперед, зумовлено незадовільним кадровим забезпеченням як лікарями-педіатрами, так і вузькими фахівцями педіатричного профілю. Так, укомплектованість лікарями-педіатрами у 2012 р. становила 67,8%, що на 2,2% нижче рівня 2011 р.

Рівень дитячої інвалідності у 2012 р. становив 186,7 на 10 тис. дитячого населення проти 209,2 – у 2011 р. Проте незважаючи на його зниження цей показник залишається значно вищим, ніж по Україні. Також відзначено зниження на 8,8% показника первинної інвалідності дитячого населення.

Аналізуючи показники здоров'я дитячого населення пілотного регіону за 2012 р. області треба відзначити, що у Донецькій спостерігається зростання показника народжуваності, зменшення захворюваності та поширення хвороб серед дітей віком 0–14 років.

Натомість негативними моментами є: зростання малюкової смертності на 1,5%, збільшення захворюваності та поширення хвороб серед дітей 15–17 років, зменшення кількості лікарів-педіатрів та фахівців педіатричного профілю і, як результат, зниження рівня диспансеризації дитячого населення, не вирішення організаційних моментів з урегулювання прийому дітей сімейними лікарями.