НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ

Дригоза О.І.[1], Мартиненко Н.В.[2]

[1]КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» ОСР смт. Опішня

[2]Полтавський державний медичний університет

Міністерство охорони здоров'я України розробило проект наказу про Порядок надання первинної медичної допомоги (ПМД), який винесли на обговорення та який затвердять після консультацій з експертним середовищем і регіонами. Перелік того, що входитиме до гарантованого кошика первинної медичної допомоги, переглядатиметься щороку та залежатиме від показників бюджету, які держава виділятиме на охорону здоров'я. Згаданий документ визначає завдання первинної медичної допомоги, суб'єктів надання допомоги, завдання лікаря, а також єдині правила організації та надання ПМД. ПМД є основним видом медичної допомоги та передбачає надання пацієнтові універсальних комплексних інтегрованих послуг, спрямованих на задоволення більшості потреб людини у сфері охорони здоров'я.

Згідно з документом, первинна допомога надається усім громадянам України незалежно від їх віку, статі, національності, соціального статусу, рівня доходу, місця проживання, віросповідання чи інших ознак. Її надають за рахунок бюджетних коштів згідно з відповідною бюджетною програмою та законодавством. Фінансування діагностичних заходів та лабораторних досліджень у межах ПМД для громадян України також здійснюють коштом бюджету згідно з відповідною бюджетною програмою та законами.

До гарантованого пакету медичних послуг, які надаватимуться на первинному рівні, входить невідкладна медична допомога. Тобто в разі виникнення в пацієнта невідкладних станів допомогу йому має надавати сімейний лікар, дільничний терапевт чи педіатр або під час прийому в амбулаторії, або за місцем перебування хворого (за викликом).

На сьогодні сімейні лікарі не відмовляють в обслуговуванні вдома пацієнтам, які не можуть самостійно пересуватися, або в разі гострого стану. Найкращим же виходом є злагоджена співпраця пунктів невідкладної допомоги у складі як закладів, які надають ПМД, так і станцій швидкої медичної допомоги. Головне, аби лікар первинної ланки був у зоні доступності до пацієнта, правильно визначив його стан і зміг вчасно опинитися біля хворого. Тому просторово-фізична доступність у часі має бути забезпечена в межах 15 хвилин, а окрім транспорту сімейний лікар повинен мати у своєму розпорядженні мінімальний набір засобів (препарати, дефібрилятор, швидкі лабораторні тести, засоби інструментального обстеження — як мінімум, електрокардіограф).

Також необхідно продумати особливості формування мережі первинної ланки залежно від того, це міська, сільська чи гірська місцевість, багатоквартальна забудова або малозаселені райони тощо - однобокі стандарти тут неприпустимі. Пацієнти мають бути наближені до сімейного лікаря 24 години на добу, інакше він не завжди зможе верифікувати невідкладні стани, що особливо важливо при інсультах, інфарктах, травмах, ургентній хірургічній

патології тощо. На жаль, нині вітчизняна система не відповідає європейським стандартам, основною вимогою яких є доступ до пацієнта і скорочення терміну комунікації «хворий — лікар». Держава має заощаджувати кошти, і тому недоцільно відправляти бригаду швидкої на кожен виклик до хронічного хворого, який перебуває на динамічному спостереженні у сімейного лікаря. Саме він має подбати (використовуючи засоби первинної та вторинної профілактики) про те, аби в пацієнта не траплялося загрозливих для життя ускладнень, а коли виникнуть, зобов'язаний надати невідкладну медичну допомогу, вчасно направити у профільний заклад за найкоротшим маршрутом.

До обов'язків лікаря первинної ланки, відповідно до проекту, належить: безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам;

- формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;
- надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;
- направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;
- ведення пацієнтів, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання, відповідно до законодавства;
- здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства;
- консультування щодо здорового способу життя;
- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики. Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям;
- інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм і виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;
- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;
- здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;
- ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;
- надання паліативної допомоги, що охоплює: оцінку ступеня болю; призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; лікування больового синдрому; оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства;
- координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;
- проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів;

- призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;
- підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію.

Оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

На догоспітальному етапі сімейний лікар надає невідкладну допому, у разі такої потреби у пацієнта , а саме:

- діагностика ГПМК, та виклик 103 , для транспортування хворого в заклад з яким НСЗУ заключило договір на пакет послуг «ІНСУЛЬТ»;
- при підозрі на ШКХ , розгорнутий аналіз крові , огляд пацієнта , з подальшим скеруванням до хірургічного відділення;
- при колапсі/непритомності (надає горизонтальне положення, вимірює АТ , лікування:кофеїн/кордіамін в/в) адреналін , та викликати 10;
- гіпертонічний криз -вимірювання АТ , введення лазикс в/в на фізіологічному розчині , ніфедипін під язик ,магнію сульфат в/м, у разі стабілізації стану – спостереження, якщо стан не покращується—направити на стаціонарне лікування;
- при астматичному статусі преднізолон 30-60 мг кожні 3 години , якщо стан не стабілізувався –викликати 103 .

В медичному закладі мають бути в наявності препарати для надання невідкладної допомоги при ГКС: нітрогліцерин, гепарин, клопідогрель, ацетилсаліцилова кислота, ізокет (при тиску вище 90/60) до приїзду ЕМД пацієнту надають допомогу, катетеризують та направляють на подальшу госпіталізацію .

РОЛЬ FAST TRACK-ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО УСЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ.

Кравець К.В., Бородаєв І.Є., Пихтєєва О.Д.
Одеський національний медичний університет

Актуальність. Захворюваність на гострий холецистит в Україні, як і в цілому світі, за останні роки зросла і становить у середньому 6,27 на 10 тис. населення. Гострий калькульозний холецистит (ЖКХ) трапляється у будь-якому віці, однак пік захворюваності припадає на 40-60 років; співвідношення чоловіків і жінок становить 1:3. Строки перебування в стаціонарі цієї групи хворих перевищують 15 діб.

Ускладнення в основному виникали в осіб похилого та старечого віку. Збільшення кількості ускладнень головним чином було пов'язано з супутніми захворюваннями серцево-судинної та легеневої систем у цій категорії пацієнтів. Застосування методик «безгазової лапароскопії» і лапароліфтінга відкривають перспективи застосування лапароскопічної холецистектомії у літніх і соматично обтяжених пацієнтів з високим операційним ризиком. Застосування принципів