МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА: ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЧАСТИНА 1

Підручник

для студентів VI курсу медичного факультету
спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія»



Запоріжжя
2026

УДК 614.253.1/.2-055
З-14

Затверджено на засіданні Вченої ради ЗДМФУ
та рекомендовано для використання в освітньому процесі
(протокол № 11 від 23.06.2026 р.)

Автори:

Н. С. Михайловська – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМФУ;

О. В. Шершньова – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМФУ;

Г. В. Грицай – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМФУ;

О. О. Лісова – канд. мед. наук, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМФУ;

С. М. Мануйлов – PhD, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМФУ;

Я. М. Михайловський – PhD, асистент кафедри терапії та кардіології ННІПО ЗДМФУ.

Рецензенти:

Л. П. Сидорчук – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету;

О. О. Ханюков – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини 3 Дніпровського державного медичного університету.

З-14 **Загальна практика – сімейна медицина: організаційні та медико-соціальні** аспекти первинної медичної допомоги. Ч. 1 : підручник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» для спеціальностей «Медицина», «Педіатрія» / Н. С. Михайловська, О. В. Шершньова, Г. В. Грицай [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2026. – 365 с.

Підручник орієнтований на системне висвітлення ключових та найбільш актуальних аспектів професійної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Особливий акцент зроблено на питаннях організації медичної діяльності в умовах сімейної медицини, а також на реалізації профілактичних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Навчальне видання підготовлено відповідно до вимог освітньої програми дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» для студентів спеціальностей "Медицина» та «Педіатрія». Основною метою підручника є підвищення ефективності засвоєння теоретичних знань студентами в процесі підготовки до практичних занять, самостійної роботи та поглибленого опанування навчальної дисципліни. Матеріал супроводжується ілюстративними елементами - рисунками, схемами та таблицями, що сприяє кращому розумінню та запам'ятовуванню навчального контенту. Підручник призначений для студентів закладів вищої медичної освіти IV рівня акредитації.

УДК 614.253.1/.2-055

©Колектив авторів, 2026
©Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2026

ПЕРЕДМОВА

У стратегічному документі Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI столітті» розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини визначено одним із ключових напрямів удосконалення систем охорони здоров'я в країнах Європейського регіону. Досвід розвинених держав свідчить, що на рівні первинної медичної допомоги здійснюється приблизно 85–90 % усіх медичних втручань без необхідності залучення лікарів вузьких спеціальностей або застосування високовартісних медичних технологій. Саме тому зміцнення первинної ланки охорони здоров'я стало ефективною відповіддю на виклики, що постали перед системами охорони здоров'я багатьох країн у період соціально-економічних трансформацій.

В умовах реформування системи охорони здоров'я України впровадження моделі загальної практики – сімейної медицини є важливим напрямом підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги населенню. Особливого значення розвиток первинної медичної допомоги набуває в сучасних умовах суспільно-політичних змін і воєнного стану, коли система охорони здоров'я повинна забезпечувати безперервність надання медичних послуг, профілактику захворювань, підтримку психічного здоров'я населення та ефективну медико-соціальну допомогу.

На сучасному етапі лікар загальної практики – сімейний лікар – є ключовою фігурою системи охорони здоров'я, який забезпечує комплексне медичне обслуговування населення на первинному рівні. Саме сімейний лікар здійснює ранню діагностику та лікування поширених захворювань, проводить профілактичну роботу, організовує медичне спостереження за пацієнтами, координує взаємодію зі спеціалізованими медичними службами, а також виконує важливу медико-соціальну та освітню функції.

Особливістю загальної практики – сімейної медицини є орієнтація на пацієнта та його родину як на цілісну соціальну систему. Такий підхід передбачає комплексну оцінку стану здоров'я людини з урахуванням її фізичного, психічного та соціального благополуччя, а також впливу факторів середовища, способу життя і соціальних умов. Саме тому діяльність сімейного лікаря поєднує організаційні, клінічні та медико-соціальні аспекти надання медичної допомоги.

Важливою складовою сучасної практики сімейного лікаря є використання новітніх інформаційних та медичних технологій, електронних

систем охорони здоров’я, телемедичних сервісів, а також впровадження принципів доказової медицини. Це сприяє підвищенню якості медичної допомоги, оптимізації лікувально-діагностичного процесу та ефективному управлінню ресурсами системи охорони здоров’я.

З огляду на актуальні завдання розвитку первинної медичної допомоги значна увага в діяльності сімейного лікаря приділяється профілактиці захворювань, формуванню здорового способу життя, проведенню скринінгових програм, імунопрофілактиці, реабілітації та паліативній допомозі. Важливим напрямом також є надання медико-психологічної підтримки пацієнтам, зокрема в умовах стресових ситуацій та наслідків воєнних дій.

Даний підручник присвячений висвітленню організаційних, клінічних та медико-соціальних аспектів первинної медичної допомоги в системі загальної практики – сімейної медицини. У ньому розглянуто питання організації роботи сімейного лікаря, функціонування системи первинної медичної допомоги, використання електронних медичних систем, телемедицини, особливості страхової медицини, профілактичної діяльності, реабілітації та паліативної допомоги, а також ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги.

Видання підготовлено науково-педагогічним колективом кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб Запорізького державного медико-фармацевтичного університету відповідно до навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» для здобувачів вищої освіти за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія».

Метою підручника є сприяння ефективному засвоєнню студентами теоретичних знань та формуванню практичних компетентностей з організації та надання первинної медичної допомоги в системі загальної практики – сімейної медицини. Видання покликане сприяти інтеграції знань із різних клінічних і медико-соціальних дисциплін та їх застосуванню у практичній діяльності майбутнього лікаря.

Підручник призначений для студентів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів та лікарів загальної практики – сімейної медицини, а також може бути корисним для фахівців системи охорони здоров’я, які працюють у сфері первинної медичної допомоги.

Джерело зображення на обкладинці: https://dopomoga.zp.ua/programy-ukr/zdorov-ja-ta-medicina

ЗМІСТ

Список умовних скорочень 8

Розділ 1. Місце сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи сімейного обслуговування населення. Організація роботи сімейного лікаря. Основи інформаційного забезпечення ЦПМСД, амбулаторій сімейного лікаря. Електронні системи обліку пацієнтів. 10

1.1. Принципи організації існуючої системи ПМСД та її переваги і недоліки. Форми організації ПМСД в Україні і закордоном. Принципи сімейного обслуговування населення. 10

1.2. Програма медичних гарантій. Урядова програма «Доступні ліки». eHealth – електронна система охорони здоров'я 44

1.3. Основна облікова медична документація в закладах сімейної медицини 68

1.4. Основні функції та зміст роботи сімейного лікаря. Особливості роботи сімейного лікаря 73

1.5. Психогенні, деонтологічні аспекти діяльності сімейного лікаря 86

1.6. Епідеміологічні та біостатистичні аспекти загальної практики – сімейної медицини 94

1.7. Автоматизовані системи управління ПМСД. Автоматизовані системи диспансеризації та реабілітації хворих. Автоматизовані системи аналізу результатів функціональних досліджень 96

1.8. Доказова медицина як методологія роботи сімейного лікаря 102

1.9. Організація медичної допомоги під час воєнного стану 118

Розділ 2. Телемедицина в практиці сімейного лікаря. Надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку. Види телемедичних послуг 125

2.1. Основні форми телемедичних послуг, інфраструктура, ціль, предмет та функціїї телемедицини 125

2.2. Нормативно-правове забезпечення застосування телемедичних технологій 130

2.3. Телемедична процедура. Застосування телемедицини в закладах охорони здоров'я. Телемедичний кабінет закладу охорони здоров'я 133

2.4. Телемедичне консультування 137

2.5. Домашня й індивідуальна телемедицина 148
2.6. Реабілітація із застосуванням телемедицини. Особливості надання телемедичної допомоги в умовах воєнного стану 15
2.7. Переваги, недоліки та основні напрямки використання телемедицини 161
Розділ 3. Особливості страхової медицини в Україні, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини 165
3.1. Порядок медичного страхування 165
3.2. Економічна сутність страхової медицини. Джерела фінансування страхової медицини 176
3.3. Види медичного страхування 180
3.4. Проблеми впровадження, інновації, переваги та виклики страхової медицини в україні. Перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування 185
3.5. Організація контролю якості при різних видах страхування 190
Розділ 4. Концепція та основні відмінності паліативної медичної допомоги. Основні принципи та методи паліативної допомоги. Порядок надання хоспісної допомоги в амбулаторних умовах. Ведення пацієнтів на термінальних стадіях захворювань в практиці сімейного лікаря, взаємодія зі спеціалістами 195
4.1. Основні принципи та методи паліативної допомоги 195
4.2. Больові синдроми в різних клінічних ситуаціях, форми гострого та хронічного болю, його інтенсивність. Диференціальний діагноз соматичного болю та психосоматичних розладів 205
4.3. Лікування больового синдрому в різних клінічних ситуаціях 211
Розділ 5. Медико-соціальні аспекти здоров'я населення. Впровадження імунопрофілактики. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря. Скринінгові програми обстеження. Стратифікація ризику, контроль факторів ризику основних неінфекційних захворювань. Принципи надання реабілітаційної допомоги за К. Гутенбруннером 216
5.1. Поняття про здоров'я, проміжний стан, хворобу. Функціональні клінічні синдроми в практиці сімейного лікаря. Вміння визначати стан здоров'я, складати медико-соціальний паспорт здоров'я 216

5.2. Загальні принципи укріплення здоров'я. Популяризація здорового способу життя в контексті профілактики хронічних неінфекційних захворювань 222
5.3. Освіта пацієнтів і якість життя 227
5.4. Доцільність впровадження в практику сімейної медицини скринінгового метода 236
5.5. Фактори ризику виникнення захворювань, їх загострення і ускладнення 240
5.6. Сучасні погляди на профілактику з урахуванням оцінки стану здоров'я, віку, статі індивідуума 253
5.7. Реабілітація: види, принципи, періоди реабілітації 256
5.8. Принципи надання реабілітаційної допомоги за Крістофом Гутенбруннером 264
5.9. Санаторно-курортний відбір. Правила оформлення документів 266
5.10. Профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом 273
5.11. Профілактика ВІЛ-інфекції. До- та післятестове консультування 275
Розділ 6. Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва MhGAP 299
6.1. «Керівництво mhGAP»: цілі, структура, особливості застосування 300
6.2. Види стресових переживань та їх особливості 302
6.3. Депресія під час війни: ознаки, стадії та шляхи допомоги 313
6.4. Розлади психічного стану (посттравматичний стресовий розлад, гострий стресовий розлад, розлад адаптації, тривалий розлад горя) 318
6.5. Ведення пацієнтів з ментальними проблемами в практиці сімейного лікаря 336
Предметний покажчик 353
Рекомендована література 359
Список використаних джерел 361
Електронні інтернет-ресурси 364

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВ	антиретровірусні препарати
АТ	артеріальний тиск
ВАШ	візуально-аналогова шкала
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	внутрішньо переміщені осіби
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ГО	госпітальні округи
ГСР	гострий стресовий розлад
ДКТ	добровільну консультування
ДМ	доказова медицина
ДМС	добровільне медичне страхування
ЕКГ	електрокардіограма
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
ІКТ	інформаційно-комунікаційні технології
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
ІХС	ішемічна хвороба серця
КПТ	когнітивно-поведінкова терапія
ЛПНЩ	ліпопротеїни низької щільності
МІС	медичні інформаційні системи
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МСЕК	медико-соціальна експертна комісія
НАМН	національна академія медичних наук
НПЗП	нестероїдні протизапальні препарати
НСЗУ	національна служба здоров’я України
ОМС	обов’язкове медичне страхування
ПМГ	програми медичних гарантій
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога

ПНПР	психічні, неврологічні та розлади внаслідок вживання психоактивних речовин
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РКВ	рандомізовані клінічні випробування
РКД	рандомізовані контрольовані дослідження
СІЗЗС	селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
УЗД	ультразвукове дослідження
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ФП	фельдшерський пункт
ФР	фактори ризику
ХрБС	хронічний больовий синдром
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦБД	центральна база даних
ЧСС	частота серцевихсСкорочень
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
API	Application Programming Interface
BMJ	Biomedical Journal
eHealth	електронна система охорони здоров’я
ePrescription	електронні рецепти
EUROACT	Європейська академія викладачів сімейної медицини
GCP	Good Clinical Practice
IASP	International Association for the Study of Pain
ICPC	International classification for primary care
RGS	Rehabilitation Gaming System
RPM	Remote Patient Monitoring
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians

РОЗДІЛ 1
МІСЦЕ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАГАЛЬНІЙ СТРУКТУРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СІМЕЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. ОСНОВИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЦПМСД, АМБУЛАТОРІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. ЕЛЕКТРОННІ СИСТЕМИ ОБЛІКУ ПАЦІЄНТІВ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

1.1. ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ПМСД ТА ЇЇ ПЕРЕВАГИ І НЕДОЛІКИ. ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПМСД В УКРАЇНІ І ЗАКОРДОНОМ. ПРИНЦИПИ СІМЕЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

Сучасні наукові дані свідчать, що стан здоров'я населення є одним із ключових чинників економічного розвитку держави та рівня добробуту її громадян, іноді навіть більш значущим, ніж рівень освіти. Протягом останніх п'ятдесяти років здатність систем охорони здоров'я впливати на здоров'я населення зросла багатократно. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для осіб із найбільш високими потребами, характеризуватися високою якістю та безпекою медичних послуг і досягати максимально можливих результатів щодо стану здоров'я населення на популяційному рівні. Відповідно до даних ВООЗ, ефективно організована система охорони здоров'я може зменшити загальну смертність осіб віком до 75 років на 23 % серед чоловіків і на 32 % серед жінок, а смертність від ішемічної хвороби серця – на 40–50 %.

Реформування лікарняного сектора є складним завданням, оскільки лікарні залишаються консервативним компонентом системи охорони здоров'я, незважаючи на виникнення нових викликів та трансформації у самих системах. Процес реформи передбачає впровадження нових моделей управління, сучасних механізмів оплати медичних послуг та посилення контролю за діяльністю лікарень.

Медична допомога визначається як сукупність професійних дій медичних працівників, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування

та реабілітацію при хворобах, травмах, отруєннях, патологічних станах, а також у зв’язку з вагітністю та пологами.

Законодавство України у сфері охорони здоров’я визначає наступні види медичної допомоги:

- первинна;
- вторинна (спеціалізована);
- третинна (високоспеціалізована);
- паліативна;
- екстрена.

Первинна медична допомога надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем. Вона включає консультації, проведення діагностики та лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь і патологічних або фізіологічних станів (зокрема під час вагітності), здійснення профілактичних заходів, а також направлення пацієнта, який не потребує екстреної допомоги, для отримання вторинної або третинної медичної допомоги. У разі гострих порушень фізичного або психічного здоров’я пацієнта, що не потребують вторинної чи третинної допомоги, лікар надає невідкладну медичну допомогу.

Первинну медичну допомогу забезпечують центри первинної медико-санітарної допомоги та лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які здійснюють медичну практику як фізичні особи-підприємці. До складу центрів первинної допомоги можуть входити структурні та відокремлені підрозділи, фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти та кабінети.

Лікуючим лікарем при наданні первинної медичної допомоги виступає лікар загальної практики – сімейний лікар, який працює у складі центру первинної медико-санітарної допомоги або здійснює медичну практику як фізична особа-підприємець і може перебувати у цивільно-правових відносинах із відповідним центром.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених ситуаціях. Вона передбачає надання консультацій, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів (зокрема під час вагітності та пологів). За необхідності пацієнт направляється для отримання допомоги іншої спеціалізації на рівні вторинної або високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги.

Надання вторинної медичної допомоги здійснюють заклади охорони здоров’я:

- стаціонарні умови – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового або відновного лікування, хосписи, спеціалізовані медичні центри;
- амбулаторні умови – консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри).

Лікуючим лікарем при наданні вторинної медичної допомоги є лікар закладу охорони здоров’я або лікар, що здійснює медичну практику як фізична особа-підприємець і має відповідну спеціалізацію (крім «загальної практики – сімейної медицини»).

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках. Вона включає консультації, діагностику та лікування хвороб, травм, отруєнь і патологічних станів, ведення фізіологічних процесів (зокрема вагітності та пологів) із використанням високотехнологічного обладнання та високоспеціалізованих медичних процедур високої складності. Пацієнт може бути направлений для отримання вторинної або третинної медичної допомоги іншої спеціалізації.

Третинну медичну допомогу надають високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров’я. Лікуючим лікарем є медичний фахівець закладу, який пройшов підготовку за відповідною спеціальністю та має кваліфікаційну категорію не нижче першої.

Паліативна допомога надається пацієнтам із невиліковними захворюваннями на пізніх стадіях хвороби. Вона включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнта, а також надання психосоціальної та моральної підтримки членам його сім’ї. Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров’я, у якому пацієнт отримував вторинну або третинну медичну допомогу, за умови укладення договору про медичне обслуговування населення.

Екстрена медична допомога – це комплекс медичних заходів, спрямованих на надання допомоги пацієнтам із тяжким перебігом гострих захворювань та потерпілим унаслідок нещасних випадків. Основна мета такої допомоги полягає в порятунку та збереженні життя пацієнта у невідкладних

станах, а також у мінімізації негативного впливу критичної події на його здоров’я.

Екстрена медична допомога надається закладами екстреної медицини із забезпеченням мінімально можливого часу прибуття до пацієнта та максимального обсягу допомоги на місці виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Залежно від особливостей організації надання медико-санітарної допомоги виділяють такі її форми:

1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – призначена особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Надається в амбулаторіях, поліклініках, консультативних підрозділах, медико-санітарних частинах, диспансерах та фельдшерсько-акушерських пунктах.

2. **Стаціонарна (лікарняна) допомога** – надається пацієнтам, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження, інтенсивної терапії та оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах. Надається в багатопрофільних та спеціалізованих лікарнях, лікарнях швидкої та невідкладної допомоги, стаціонарах диспансерів і медичних центрах.

3. **Екстрена медична допомога** – надається пацієнтам із раптовими тяжкими захворюваннями та потерпілим від нещасних випадків. Організовується закладами охорони здоров’я, такими як станції, відділення екстреної медичної допомоги та пункти розміщення бригад екстреної допомоги, із забезпеченням повного обсягу допомоги на місці виклику, під час транспортування та госпіталізації.

4. **Санаторно-курортна допомога** – передбачає профілактичні, лікувальні та реабілітаційні заходи з використанням природних лікувальних факторів у умовах курортних та лікувально-оздоровчих територій, санаторно-курортних зон.

Додатково можна виділити такі категорії медичної допомоги:

- Екстрена медична допомога – надається при раптовому розвитку гострих захворювань, небезпечних станах або загостренні хронічних хвороб, що становлять загрозу життю пацієнта. Вона забезпечується закладами охорони здоров’я у максимально повному обсязі на місці виклику, під час транспортування та госпіталізації.

- Невідкладна медична допомога – надається при раптових гострих захворюваннях, станах або загостренні хронічних хвороб без очевидної загрози життю пацієнта.
- Планова медична допомога – надається у разі проведення профілактичних заходів або лікування захворювань та станів, що не загрожують життю пацієнта, не потребують екстреної чи невідкладної допомоги, і відстрочка їх надання на певний період не спричинить погіршення стану пацієнта або ризику для його життя та здоров'я.

З 2018 року в Україні розпочато реформу системи охорони здоров'я, спрямовану на вирішення критичних проблем галузі, таких як низька якість та ефективність медичних послуг, неефективне використання бюджетних коштів та надмірні витрати домогосподарств на медичне обслуговування.

Основою нової системи є пацієнт-центрична модель, яка передбачає:

- забезпечення доступу пацієнтів до медичної допомоги;
- координацію та інтеграцію надання медичних послуг;
- врахування потреб і очікувань пацієнтів;
- надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування;
- емоційну підтримку;
- активне залучення сім'ї до процесу медичної допомоги.

Нова модель системи охорони здоров'я зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності урядових органів, органів місцевого самоврядування та керівників закладів охорони здоров'я.

Головні зміни, передбачені медичною реформою в Україні наведені на рис. 1.1.

Основними її принципами є:

- структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів;
- надання медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та госпітальних округів з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціація закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;
- запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинного рівня медичної допомоги;

- створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги;
- централізація коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні районних/міських бюджетів, на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги - на рівні обласних бюджетів;
- запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги;
- запровадження договорів на виконання бюджетної програми в охороні здоров'я .



Рис. 1.1. Головні зміни, передбачені медичною реформою в Україні

Джерело зображення: https://www.slovoidilo.ua/2017/06/26/infografika

Структурна перебудова системи охорони здоров'я

Створення умов для проведення реформ у системі охорони здоров'я передбачає:

1. Чітке розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги та визначення переліку послуг відповідно до кожного рівня.

2. Затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.

3. Прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади рішень щодо структурної перебудови системи охорони здоров'я. Після проведення структурних змін заклади охорони здоров'я повинні бути відповідно переоснащені згідно з табелями оснащення, затвердженими центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Первинний рівень надання медичної допомоги

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я через оптимізацію мережі закладів.

Оптимізація мережі закладів, що надають первинну медичну допомогу, включає:

- Виділення з структури центральних районних, центральних міських та міських лікарень, дитячих лікарень, самостійних міських та дитячих поліклінік підрозділів, що надають первинну медико-санітарну допомогу, і формування на їх базі мережі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з чисельністю лікарів загальної практики – сімейних лікарів від одного до десяти. У перехідний період на територіях із недостатньою кількістю сімейних лікарів амбулаторії можуть комплектуватися дільничними терапевтами та педіатрами.
- Реорганізацію сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів) та фельдшерських пунктів (ФП), що обслуговують понад 1200 осіб, у амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.
- Створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) зі статусом юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики – сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської, долікарської та невідкладної допомоги населенню окремого сільського району або міста з чисельністю населення до 100 тис. осіб.

На період структурної перебудови до штатного розкладу центрів ПМСД можуть включатися лікарі спеціальностей офтальмології, отоларингології, акушерства та гінекології, педіатрії, хірургії, невропатології та психіатрії, які надаватимуть первинну медичну допомогу при відповідних захворюваннях. Чисельність таких фахівців визначається на основі потреб населення території, що обслуговується центром.

Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) – це лікувально-профілактичний заклад, який надає кваліфіковану діагностичну, лікувально-реабілітаційну та профілактичну медичну допомогу населенню усіх вікових груп як у амбулаторно-поліклінічних умовах, так і на дому.

Основні функції ЦПМСД:

- організація та надання первинної медичної допомоги населенню;
- укладання договорів із замовником щодо надання медичних послуг з первинної медичної допомоги в рамках бюджетних програм охорони здоров'я;
- планування та координація діяльності структурних підрозділів закладу;
- планування та прогнозування потреби у фінансуванні бюджетної програми та розподіл коштів між підрозділами;
- забезпечення контролю якості надання медичної допомоги;
- ведення обліку та звітності;
- впровадження механізмів реалізації права пацієнтів на вільний вибір та зміну лікаря загальної практики – сімейного лікаря відповідно до порядку, затвердженого центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;
- організація доступу пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги через направлення лікаря загальної практики – сімейного лікаря, дільничного терапевта або дільничного педіатра, за винятком випадків, що потребують екстреної медичної допомоги;
- визначення та розподіл стимулюючих виплат для персоналу та виконання інших функцій, передбачених законодавством.

Структурні підрозділи ЦПМСД:

1. Адміністративна частина / управління;
2. Господарська частина;
3. Лікувально-профілактична служба, яка включає амбулаторії, що можуть мати статус структурних або відокремлених структурних підрозділів ЦПМСД.

У сільській місцевості та у певних випадках у містах до складу амбулаторій можуть входити медичні пункти для надання долікарської

допомоги, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) та фельдшерські пункти (ФП).

З метою підвищення доступності первинної медико-санітарної допомоги для населення, що проживає у віддалених населених пунктах, за ініціативою органів місцевого самоврядування, керівництва підприємств, установ або організацій та за погодженням із головним лікарем можуть організовуватися тимчасові медичні пункти.

Структура ЦПМСД наведена на рис. 1.2.

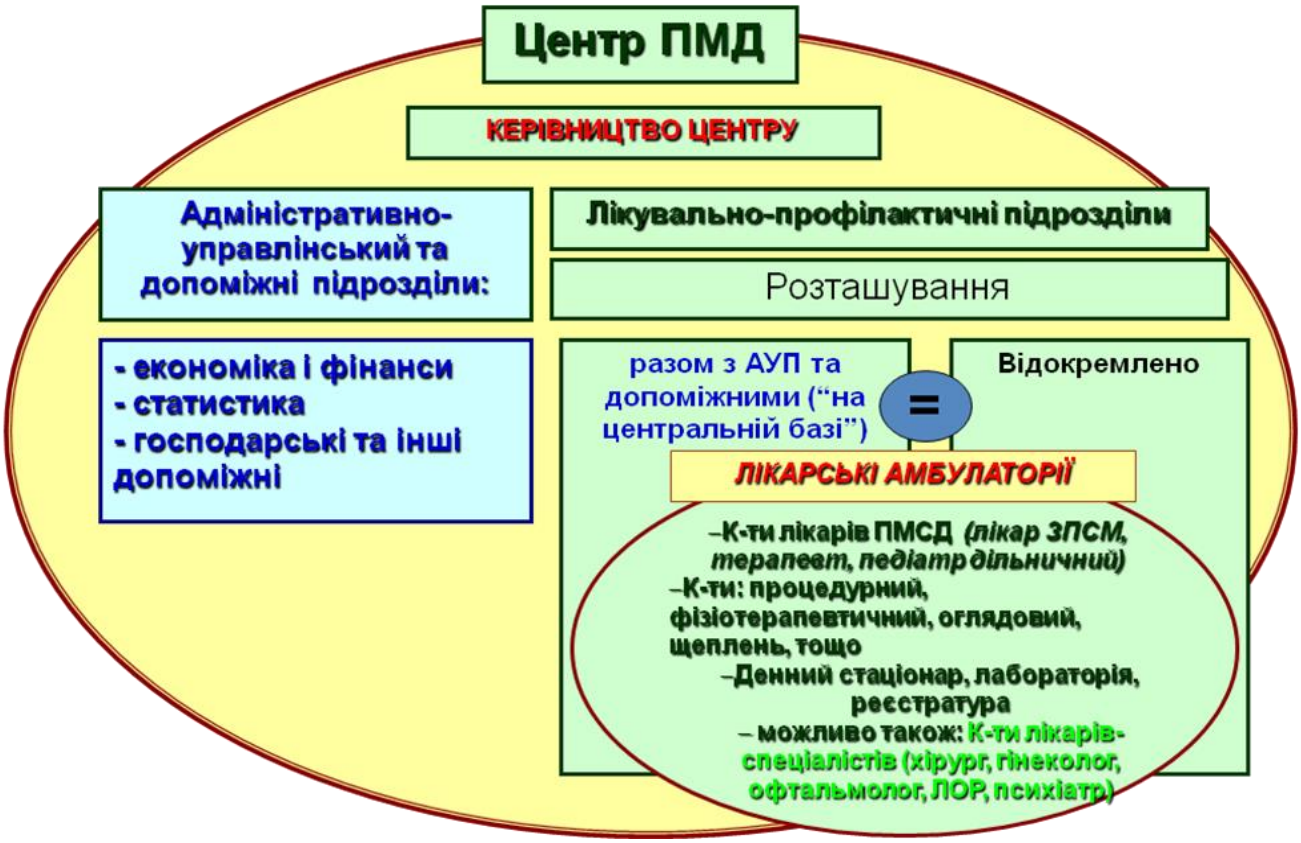


Рис 1.2. Структура ЦПМСД

Джерело зображення: https://studfile.net/preview/5751486/page:2/

Алгоритм надання медичної допомоги в сільській місцевості наведено на рис.1.3.



Рис. 1.3. Типова організація первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості

Джерело зображення: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-136966-yak-pravilno-organizuvati-medichnu-dopomogu-v-silskij-mistsevosti

Сучасна модель ПМД та особливості розвитку ПМД в сільській місцевості ***(Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»; Операційне керівництво. Видання 1 квітня 2018 «Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні»)***

Сучасна модель ПМД

Узагальнення міжнародного досвіду реформування первинної медичної допомоги дає змогу виокремити ключові тенденції формування її сучасної моделі. Ці тенденції відображають трансформацію практично всіх основних компонентів системи ПМД і спрямовані на забезпечення максимально якісної та водночас економічно ефективної медичної допомоги населенню з метою збереження та відновлення здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає чотири основні напрями розвитку первинної медичної допомоги:

1. Забезпечення рівності, солідарності та соціальної справедливості у сфері охорони здоров’я шляхом гарантування універсального доступу до медичних послуг і належного соціального захисту населення.

2. Впровадження людиноорієнтованого підходу, що враховує потреби та очікування пацієнтів, з метою підвищення результативності й ефективності медичних послуг.

3. Поліпшення стану здоров’я населення через інтеграцію первинної медичної допомоги з заходами громадського здоров’я.

4. Модернізація управління закладами ПМД шляхом відходу від командно-адміністративної моделі та впровадження узгоджених, представницьких і соціально інтегрованих механізмів управління, заснованих на партнерстві та переговорах.

У зв’язку з цим основним завданням надавачів ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами всебічної, безперервної й пацієнтоорієнтованої первинної медичної допомоги. Така допомога має бути спрямована на задоволення потреб населення у збереженні та відновленні здоров’я, профілактику захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та підвищення якості життя.

Організація та надання послуг первинної медичної допомоги ґрунтуються на таких принципах:

- **безпечність** — надання медичних послуг у спосіб, що мінімізує ризик завдання шкоди пацієнтові, зокрема попереджуваної шкоди, та знижує ймовірність медичних помилок;
- **результативність** — досягнення оптимальних клінічних результатів на основі науково обґрунтованих підходів і принципів доказової медицини;
- **своєчасність** — мінімізація затримок у наданні медичної допомоги;
- **економічна ефективність** — раціональне використання ресурсів системи охорони здоров’я та уникнення необґрунтованих витрат;
- **недискримінація** — забезпечення рівної якості медичної допомоги незалежно від статі, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, матеріального становища, соціального статусу, стану здоров’я, політичних чи релігійних переконань, мови або інших ознак;
- **орієнтованість на людину** — надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних потреб, очікувань і особливостей пацієнта.

Особливості розвитку ПМД в сільській місцевості

Організація медичної допомоги в сільській місцевості характеризується низкою специфічних особливостей, зумовлених демографічними, територіальними та соціально-побутовими чинниками. По-перше, для сільських територій притаманна відносно невелика чисельність прикріпленого населення, яке проживає на значних за площею територіях із низькою щільністю заселення. Така ситуація обмежує можливості населення щодо повноцінної реалізації права на вільний вибір медичного закладу та лікаря.

По-друге, істотний вплив на організацію та використання медичних послуг мають особливості способу життя сільського населення. Зокрема, для багатьох мешканців характерна ненормована виробнича зайнятість, пов’язана з сезонністю та специфікою сільськогосподарської праці. Крім того, у сільській місцевості часто спостерігається недостатній рівень соціальних умов для повноцінного та здорового відпочинку. Це, своєю чергою, може сприяти поширенню шкідливих звичок, зокрема надмірного вживання алкоголю, а також формуванню низького рівня санітарної культури. У таких умовах частіше практикуються самолікування та самостійне призначення лікарських засобів, ігноруються фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань (наприклад, нераціональне харчування або надлишкова маса тіла), а звернення за медичною допомогою нерідко відбувається на більш пізніх стадіях розвитку захворювання.

Реорганізація системи первинної медичної допомоги в сільській місцевості передбачає насамперед трансформацію її організаційної структури. Зокрема, йдеться про поступовий перехід від традиційної мережі фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень та лікарських амбулаторій до сучасних форм організації медичної допомоги, таких як амбулаторії сімейного лікаря та групові практики.

Зазначені зміни пов’язані не лише з медичними аспектами функціонування системи охорони здоров’я, а й із правовими, економічними та соціальними чинниками. Урахування цих факторів є необхідною умовою реалізації комплексного підходу до реформування мережі закладів охорони здоров’я у сільській місцевості.

Доступність первинної медичної допомоги

Доступність первинного контакту розглядається як можливість пацієнта своєчасно отримати медичну допомогу у терміни, що відповідають характеру та тяжкості його стану. Важлива роль у забезпеченні такого доступу належить лікарям загальної практики — сімейним лікарям, які здійснюють первинну

оцінку стану здоров'я пацієнта та визначають обсяг необхідної медичної допомоги з урахуванням індивідуальних потреб і інтересів особи.

Рівень доступності первинної медичної допомоги визначається сукупністю організаційних і ресурсних чинників, серед яких основними є:

- достатня забезпеченість закладів первинної медичної допомоги лікарями та середнім медичним персоналом (медичними сестрами, фельдшерами);
- раціональне територіальне розміщення закладів ПМД з урахуванням чисельності та щільності проживання населення;
- оптимальний режим роботи закладів первинної медичної допомоги;
- можливість здійснення медичними працівниками відвідувань пацієнтів за місцем проживання;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення під час отримання послуг первинної медичної допомоги.

Для комплексної оцінки доступності ПМД можна використати інструмент 5А (рис. 1.4) (від англійських слів availability, accessibility, affordability, adequacy, acceptability). Комплексна оцінка доступності первинної медичної допомоги за зазначеними параметрами створює підґрунтя для раціонального планування та формування спроможної й ефективної мережі надавачів послуг первинного рівня медичної допомоги.



Рис. 1.4. 5 параметрів доступності ПМД
Джерело зображення: https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf

Отже, **первинна медична допомога** – основа ефективної системи охорони здоров'я, оскільки саме вона може вирішувати більшість проблем, пов'язаних зі здоров'ям, довірою та співпрацею з пацієнтами та їх родинами. Такий підхід здатний забезпечити ефективне використання наявних ресурсів при високій якості наданої медичної допомоги.

Європейське визначення сімейної медицини було представлено в 2002 році Європейським відділом WONCA (Світової організації державних коледжів, академій і академічних спілок лікарів загальної практики та сімейних лікарів – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Generai Practitioners and Family Physicians).

За визначенням WONCA, сімейна медицина як дисципліна, має одинадцять характеристик, які названі фундаментальними та мають бути притаманні для всіх систем охорони здоров'я, незалежно від ситуаційних розходжень:

1. Сімейна медицина зазвичай є першим медичним контактом у межах системи охорони здоров'я, що забезпечує відкритий і необмежений до неї доступ користувачам, незалежно від їх віку, статі та інших характеристик.
2. Сімейна медицина забезпечує ефективне використання ресурсів системи охорони здоров’я шляхом координації медичної допомоги, інтеграції з іншими фахівцями первинної ланки та взаємодії зі спеціалістами вторинного та третинного рівнів, гарантуючи надання пацієнту підтримки у відповідний час.
3. Сімейна медицина реалізує орієнтований на людину підхід, який враховує індивідуальні особливості пацієнта, його сім’ї та соціального середовища.
4. Сімейна медицина характеризується специфічним консультативним процесом, що сприяє формуванню довготривалих взаємин через ефективну комунікацію між лікарем і пацієнтом.
5. Сімейна медицина забезпечує тривалість медичного спостереження відповідно до потреб пацієнта.
6. Сімейна медицина відзначається унікальною системою прийняття клінічних рішень, що базується на комплексному аналізі стану пацієнта.
7. Сімейна медицина здійснює діагностику та лікування як гострих, так і хронічних захворювань окремих пацієнтів.
8. Сімейна медицина орієнтується на виявлення та ведення захворювань на ранніх етапах їх розвитку, до формування розгорнутої клінічної маніфестації, яка інколи потребує невідкладного втручання.

9. Сімейна медицина активно сприяє збереженню здоров’я шляхом впровадження всіх доступних та ефективних профілактичних заходів.

10. Сімейна медицина передбачає персональну відповідальність лікаря за стан здоров’я пацієнтів та населення в цілому.

11. Сімейна медицина охоплює вирішення проблем здоров’я у психічному, психологічному, соціальному, культурному та екзистенціальному контекстах.

Зазначені характеристики визначають сутність сімейної медицини та формують компетенції, якими повинен володіти кожен сімейний лікар.

Вид та об’єм медичної допомоги, який надається лікарем загальної практики / сімейної медицини (відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», додаток 1 до Порядку надання первинної медичної допомоги):

1. Здійснення динамічного спостереження за станом здоров’я пацієнтів із застосуванням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.

2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених інфекційних і неінфекційних захворювань, травм, отруєнь, а також патологічних і фізіологічних станів, зокрема пов’язаних із перебігом вагітності.

3. Забезпечення динамічного спостереження за пацієнтами з установленими хронічними захворюваннями, що передбачає комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги.

4. Надання невідкладної медичної допомоги в межах первинної ланки у випадках гострого порушення фізичного або психічного стану пацієнта під час звернення до лікаря, за умови відсутності потреби в екстреній чи спеціалізованій медичній допомозі.

5. Скерування пацієнтів за наявності медичних показань до закладів спеціалізованої медичної допомоги у випадках, коли необхідний обсяг медичних послуг виходить за межі первинної ланки.

6. Налагодження взаємодії з надавачами спеціалізованої медичної допомоги з метою забезпечення своєчасної діагностики та лікування захворювань, травм, отруєнь і патологічних або фізіологічних станів з урахуванням індивідуальних особливостей здоров’я пацієнта.

7. Проведення обов’язкових медичних втручань у пацієнтів, які мають фактори ризику розвитку окремих захворювань.

8. Реалізація профілактичних заходів, що включають: проведення вакцинації відповідно до календаря профілактичних щеплень; підготовку та подання повідомлень про випадки інфекційних захворювань, харчових і гострих професійних отруєнь, а також незвичайних реакцій на щеплення; участь у проведенні епідеміологічних обстежень окремих випадків інфекційних хвороб.

9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на зменшення або усунення поведінкових факторів ризику для здоров’я (тютюнокуріння, зловживання алкоголем, уживання психоактивних речовин, нераціональне харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.

10. Ведення фізіологічного перебігу вагітності у жінок, які не належать до групи ризику, що здійснюється лікарем загальної практики — сімейним лікарем у співпраці з лікарем акушером-гінекологом, лікарем ультразвукової діагностики та іншими спеціалістами за потреби.

11. Проведення медичного спостереження за станом здоров’я дітей у період їхнього фізіологічного розвитку.

12. Надання окремих видів паліативної допомоги пацієнтам різних вікових груп, що включає регулярну оцінку стану тяжкохворого та його потреб, визначення інтенсивності больового синдрому та його лікування, призначення наркотичних і психотропних препаратів відповідно до законодавчих вимог, терапію супутніх симптомів (запори, нудота, задишка тощо), консультування осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом, а також координацію задоволення медичних і психологічних потреб хворого.

13. Скерування пацієнтів за наявності відповідних медичних показань до закладів, що надають паліативну допомогу в обсязі, який виходить за межі можливостей первинної медичної допомоги.

14. Призначення лікарських засобів, медичних виробів і технічних засобів медичної реабілітації з належним оформленням відповідної документації згідно з вимогами законодавства.

15. Ведення первинної медичної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність, а також видача лікарських свідоцтв про смерть.

16. Взаємодія із соціальними службами у випадках, коли соціальні умови життя пацієнтів впливають на стан їхнього здоров'я; інформування осіб, які постраждали від насильства, про їхні права, доступні соціальні послуги та можливість отримання безоплатної правової допомоги відповідно до чинного законодавства.

17. Співпраця з суб'єктами системи громадського здоров'я.

18. Надання психосоціальної допомоги та послуг у сфері психічного здоров'я населення (за наявності відповідних умов і проходження спеціалізованого навчання за сертифікованою програмою mhGAP).

19. Скерування пацієнтів на проведення оцінювання їхнього повсякденного функціонування.

Вторинний та третинний рівень медичної допомоги в Україні

Вторинний рівень медичної допомоги в Україні регулюється наказами МОЗ України, серед яких основні:

1. № 646 від 05.10.2011 — порядок направлення пацієнтів до закладів вторинної та третинної допомоги.
2. № 602 від 03.08.2012 — клінічний протокол медичної допомоги при інсульті.
3. Накази МОЗ щодо стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів (2012–2025).
4. № 1062 від 20.06.2022 — телемедицина в умовах воєнного стану.
5. Спільний наказ МОЗ та Міноборони №49/180 — допомога військовим у цивільних лікарнях.

1. Вторинна (спеціалізована) медична допомога — це вид медичної допомоги, що надається лікарями-спеціалістами в амбулаторних або стаціонарних умовах і передбачає більш складну діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику захворювань. Вона надається пацієнтам:

- за направленням лікаря первинної допомоги (сімейного лікаря, терапевта або педіатра);
- у випадках невідкладного стану — без направлення.

Нормативна база:

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я»
- Національна служба здоров’я України (НСЗУ) — фінансування медичних послуг.

Вторинну допомогу надають лікарі-спеціалісти, зокрема:

- кардіолог
- невролог
- хірург
- травматолог
- офтальмолог
- отоларинголог
- ендокринолог
- уролог
- гастроентеролог
- дерматолог

Місце надання:

- консультативні поліклініки
- спеціалізовані медичні центри
- лікарні (районні, міські, обласні)
- діагностичні центри.

Форми надання вторинної допомоги

1. Амбулаторна спеціалізована допомога
   - консультації лікарів-спеціалістів
   - спеціалізовані обстеження
   - амбулаторні процедури
2. Стаціонарна допомога
   - лікування в лікарні
   - хірургічні втручання
   - інтенсивна терапія
   - післяопераційне спостереження.

Основні функції вторинної медичної допомоги

- уточнення або встановлення діагнозу
- проведення спеціалізованого лікування
- виконання операційних втручань
- проведення складної діагностики (КТ, МРТ, ендоскопія тощо)
- медична реабілітація
- консультаційна допомога лікарям первинної ланки.

Фінансування. Фінансування здійснюється через Програму медичних гарантій. Основні принципи:

- гроші йдуть за пацієнтом
- медичний заклад укладає контракт з Національна служба здоров'я України
- послуги оплачуються за медичними пакетами.

Приклади пакетів:

- хірургічні операції
- стаціонарна терапевтична допомога
- лікування інсульту
- лікування інфаркту
- ендоскопічні обстеження.

Направлення на вторинну допомогу. Направлення видає лікар первинної допомоги через електронну систему охорони здоров'я. Використовується система eHealth (електронна система охорони здоров'я України). Направлення містить:

- дані пацієнта
- попередній діагноз
- мету консультації
- рекомендовану спеціальність лікаря.

Реформа вторинної ланки. Медична реформа передбачає:

- автономізацію лікарень
- контрактування з Національна служба здоров'я України
- оплату за надані послуги
- впровадження електронної медицини
- розвиток госпітальних округів.

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, передбачає поетапну структурну трансформацію регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації функціонування та розподілу закладів.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (та їхніх підрозділів), які надають вторинну медичну допомогу, включає:

- формування госпітальних округів, що об'єднують заклади декількох районів або міст із прилеглими районами; чисельність населення, яке обслуговується госпітальним округом, визначається з урахуванням щільності та особливостей розселення населення, стану транспортної інфраструктури та коливається в межах від 100 тис. до 500 тис. осіб;

- перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, що входять до складу госпітального округу, з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури надаваних медичних послуг, у заклади з різним рівнем інтенсивності надання допомоги.

Зміни вторинного рівня надання допомоги наведено на рис. 1.5.



Рис 1.5. Зміни вторинного рівня надання допомоги
Джерело зображення: https://www.rv.gov.ua/news/crl-rivnenshchini-peretvoryatsya-na-likarni-intensivnogo-likuvannya

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає організацію мережі медичних установ із чітким функціональним розподілом відповідно до рівня надання медичної допомоги та потреб населення:

1. Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування. Призначені для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам у плановому та гострому стані, які потребують високого рівня інтенсивності лікування та догляду. Оптимальна кількість – одна лікарня на округ.

2. Лікарні планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями. Розташовуються у кожному районі, місті без районного поділу або у районі міста. Призначені для проведення повторних курсів

протирецидивної терапії та завершального лікування за стандартними схемами відповідно до рівня потреб у медичній допомозі.

3. Лікарні з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування. Призначені для відновлення функцій, порушених внаслідок захворювання або травми, з метою попередження інвалідності та реабілітації осіб з інвалідністю. Рекомендована кількість – до двох на округ.

4. Хосписи. Створюються для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки пацієнтів у термінальному стані. Оптимальна кількість – один на округ.

5. Лікарні для медико-соціальної допомоги та сестринського догляду. Призначені для забезпечення догляду, соціальної та паліативної допомоги хронічним хворим. Кількість таких закладів визначається обласним управлінням охорони здоров'я відповідно до потреб населення.

6. Консультативно-діагностичні центри. Можуть функціонувати як у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень планового стаціонарного лікування, так і на базі самостійних міських поліклінік. Забезпечують діагностичну та консультативну підтримку пацієнтів.

7. Об'єднання багатопрофільних і спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Включає інтеграцію багатопрофільних та монопрофільних або спеціалізованих установ, за винятком протитуберкульозних закладів та великих пологових будинків із показником понад 1000 пологів на рік.

ГОСПІТАЛЬНІ ОКРУГИ

Процес формування госпітальних округів в Україні розпочався у 2017 році і спрямований на оптимізацію кількості та якості державних закладів охорони здоров'я, а також на підвищення ефективності системи медичного забезпечення країни. Створення таких округів має на меті впорядкувати мережу медичних закладів таким чином, щоб забезпечити гарантований фізичний та часовий доступ пацієнтів до якісних медичних послуг у сфері базової та спеціалізованої допомоги. Це дозволяє раціонально використовувати державні ресурси, уникаючи дублювання функцій медичних закладів у різних територіальних одиницях та зменшуючи ризик їх недостатнього завантаження.

ГО визначається як функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розташованих на певній території, що забезпечує надання вторинної

(спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню відповідної території.

Метою створення ГО є упорядкування медичної мережі з гарантією фізичного та часовго доступу пацієнтів до якісних медичних послуг базового рівня. Це забезпечує раціональне використання державних коштів, уникаючи дублювання функцій лікарень у різних районах та їх простоювання.

Створення госпітальних округів спрямоване на те, щоб:

- забезпечити гарантований своєчасний доступ населення до якісної вторинної та госпітальної медичної допомоги;
- раціоналізувати мережу медичних закладів, оптимізувавши використання ресурсів (фінансових, кадрових, технологічних), уникнути дублювання функцій лікарень;
- створити сталу, ефективну та спроможну систему надання спеціалізованої допомоги, задля підвищення якості медичного обслуговування;
- забезпечити стратегічне управління розвитком медичної інфраструктури на рівні територіальних громад, через механізми планування та координації (наприклад, через Госпітальна рада).

Організація госпітальних округів базується на двох ключових принципах:

1. Доступність медичної допомоги – забезпечення можливості отримання пацієнтом якісних медичних послуг у розумні строки та зручному географічному розташуванні.

2. Оптимальне навантаження закладів – гарантування того, що медичні установи мають достатній обсяг пацієнтів для підтримання високого рівня кваліфікації персоналу та ефективного функціонування.

Структура та класифікація всередині округів: кластери, опорні заклади та типи лікарень

- В межах госпітальних округів вводиться кластеризація закладів: заклади поділяються за типами залежно від функцій, навантаження і спектру наданих послуг.
- Опорні заклади — це багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (першого або другого рівня), які мають обслуговувати відповідну чисельність населення: наприклад, лікарня 1-го рівня — як правило, на ≥ 120 тис. осіб, 2-го рівня — на ≥ 200 тис. осіб, відповідно.

- Центр (адміністративний центр) окремого госпітального округу найчастіше — населений пункт із містом, де розміщена лікарня інтенсивного лікування 2-го рівня, та населенням понад 40 тис. осіб.
- Такий підхід замінює радянську/адміністративну модель (міські, районні, обласні лікарні) на кластерну, більш гнучку, адаптовану до потреб населення й фактичних потоків пацієнтів.

У межах госпітального округу забезпечується реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я та систематична координація між суб'єктами округу. Формується спроможна мережа закладів, що гарантує своєчасний доступ населення до медичної допомоги належної якості. При цьому передбачено ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку інфраструктури госпітального округу, забезпечення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я та модернізацію системи надання медичної допомоги.

Госпітальні округи України наведено на рис. 1.6.

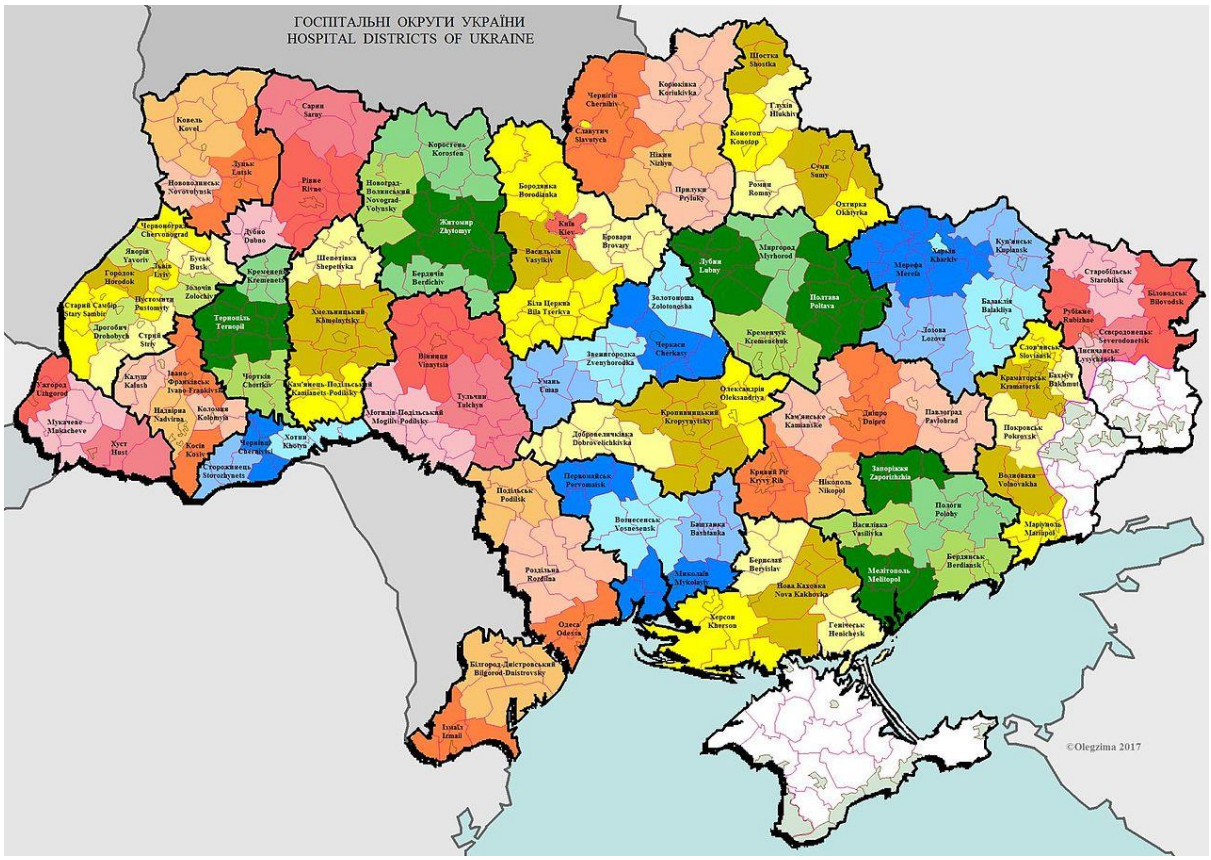


Рис.1.6. Госпітальні округи України

Джерело зображення: https://www.auc.org.ua/novyna/u

Формування ГО базується на двох ключових принципах:

1. **Безпечність і якість медичної допомоги** – забезпечення надання медичних послуг на основі доказової медицини та своєчасного доступу пацієнтів.

2. **Економічна ефективність** – досягнення максимальної якості медичної допомоги при раціональному і ощадливому використанні наявних ресурсів.

Учасниками госпітального округу є органи, уповноважені управляти комунальними та державними закладами охорони здоров'я, а також керівники приватних медичних установ (за їхньою згодою), які надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу.

План розвитку ГО містить такі частини:

1. Описова частина стратегічного розвитку. Містить визначення мети госпітального округу, аналіз поточного стану медичної системи на його території, стратегічні цілі та завдання, їх зв'язок із національними пріоритетами розвитку охорони здоров'я, шляхи реалізації завдань, механізми досягнення стратегічних цілей та очікувані результати.

2. Маршрути пацієнтів. Надаються у вигляді окремого додатка та відображають послідовність і шляхи отримання пацієнтами медичних послуг у межах госпітального округу.

3. Розподіл функцій між учасниками округу. Визначає оптимальний розподіл завдань щодо надання медичної допомоги між закладами охорони здоров'я, визначає напрямки та обсяги медичних послуг у відповідності з маршрутами пацієнтів при отриманні вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги. Інформація надається у вигляді окремого додатка.

4. Перелік закладів охорони здоров'я та їх потужності. Містить дані про функціональні потужності закладів та обсяг медичної допомоги, які відповідають або можуть бути підвищені для виконання функцій багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня.

5. Плани розвитку закладів охорони здоров'я. Включає стратегії підвищення функціональних потужностей та обсягів надання медичної допомоги, оцінку потенційних ризиків і відповідних інвестиційних потреб. Дані наводяться для кожного закладу окремо у вигляді додатка.

6. Заходи з реорганізації та перепрофілювання закладів. Визначає пропоновані підходи до злиття або приєднання закладів, перепрофілювання, модернізації обладнання, забезпечення кадровими ресурсами та оцінку фінансових потреб для реалізації цих заходів.

7. Фінансування заходів Плану розвитку. Оцінюються обсяги коштів, які можуть бути залучені з місцевих бюджетів, недержавних інвестицій, спонсорських та благодійних внесків, міжнародної допомоги та інших джерел. Прогнози фінансування подаються за кожен рік, попередньо узгоджуються з відповідними органами місцевого самоврядування та бюджетною комісією. Додаються угоди з потенційними спонсорами у разі залучення недержавних коштів. Оцінюється також додаткова потреба в коштах, яка не може бути покрита з перелічених джерел.

8. Механізми моніторингу та звітування. Визначають способи контролю за процесом розвитку закладів охорони здоров'я, оцінки їхніх функціональних потужностей та обсягів надання медичної допомоги, а також звітування перед учасниками госпітального округу та населенням щодо стану розвитку та поліпшення якості послуг.

Створення госпітальних округів здійснюється відповідно до встановлених механізмів управління та функціонування, визначених чинним Порядком. Його організація ґрунтується на поєднанні наступних принципів:

- забезпечення безпеки та високої якості медичної допомоги на основі доказової медицини;
- своєчасність доступу населення до медичних послуг;
- економічна ефективність, що полягає у забезпеченні максимальної якості медичної допомоги при раціональному та ощадливому використанні ресурсів.

Механізм функціонування госпітального округу

Функції закладів охорони здоров'я в складі госпітального округу визначаються на основі типів медичної допомоги, що надаються в кожному закладі, а також їхніх функціональних потужностей.

У межах госпітального округу формується спроможна мережа закладів охорони здоров'я, що включає опорні заклади, а також інші медичні установи, зокрема багатопрофільні дитячі лікарні, перинатальні центри, спеціалізовані центри та заклади, що надають медичну допомогу при онкологічних, інфекційних захворюваннях, туберкульозі та інших соціально значущих хворобах.

Спроможна мережа госпітального округу, за винятком опорних закладів, визначається міською державною адміністрацією з урахуванням рекомендацій госпітальної ради. Заклади, віднесені до опорних, функціонують відповідно до положення про опорні заклади охорони здоров'я, що затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб, тоді як багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня — не менш як 200 тис. осіб.

Загальна кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування у госпітальному окрузі визначається з урахуванням чисельності населення, яке підлягає обслуговуванню зазначеними закладами відповідно до встановлених нормативів. При цьому мінімальна розрахункова чисельність населення, яке обслуговується багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування, не може перевищувати загальної чисельності населення госпітального округу.

Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня організовуються таким чином, щоб мешканці територій їх обслуговування, включно із суміжними госпітальними округами, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в межах 60 хвилин автомобільного часу.

Опорні заклади охорони здоров’я та установи, які мають намір бути визначеними опорними, подають до госпітальної ради три-річні плани розвитку своїх закладів. Госпітальна рада формує пропозиції для міської державної адміністрації щодо визначення опорних закладів охорони здоров’я, виходячи з таких критеріїв:

- забезпечення належного робочого навантаження, що гарантує безпеку та якість медичної допомоги;
- наявність сучасної матеріально-технічної бази;
- дотримання нормативів часової доступності необхідних медичних послуг;
- врахування поточних демографічних показників, структури захворюваності, тенденцій міграції населення та їх прогнозів;
- оптимальні маршрути пацієнтів до закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу;
- фінансова стійкість закладів, визначена здатністю власників забезпечити функціональні потужності відповідно до законодавчих вимог та підтримувати постійне й ефективне надання послуг у межах наявних фінансових ресурсів;
- наявність і якість автомобільних доріг із твердим покриттям для безпечного транспортування пацієнтів і медичного персоналу.

Міська державна адміністрація подає до Міністерства охорони здоров’я пропозиції щодо визначення переліку опорних закладів охорони здоров’я,

план розвитку госпітального округу та плани розвитку закладів, що пропонуються до визначення як опорні.

МОЗ утворює комісію для розгляду цих пропозицій, до складу якої можуть входити представники Міністерства, інших центральних органів виконавчої влади, державних органів, громадськості, громадських об'єднань та міжнародних організацій. Положення про діяльність комісії затверджується МОЗ.

Заклади охорони здоров'я та органи місцевого самоврядування мають право протягом місяця з дня оприлюднення МОЗ на офіційному веб-сайті інформації про початок розгляду пропозицій подати обґрунтовані зауваження щодо визначення опорних закладів.

За результатами розгляду пропозицій щодо визначення переліку опорних закладів охорони здоров'я та отриманих заперечень, Міністерство охорони здоров'я України у встановленому порядку готує та подає Кабінету Міністрів України пропозиції щодо затвердження цього переліку або повертає пропозиції на доопрацювання з детальним обґрунтуванням підстав такого повернення.

Перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України і може переглядатися на підставі результатів виконання програми державних гарантій медичного обслуговування населення та реалізації плану розвитку відповідного госпітального округу.

До опорних закладів охорони здоров'я можуть бути віднесені комунальні та державні медичні установи, які відповідають наступним критеріям:

- функціональні потужності та обсяг надання медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для визначення їх багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування першого або другого рівня;
- інші заклади охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначені з урахуванням пріоритетних напрямів розвитку галузей охорони здоров'я, затверджених МОЗ.

Таким чином, затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я здійснюється Кабінетом Міністрів України за поданням Міністерства охорони здоров'я та може переглядатися залежно від реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Засади функціонування госпітального округу

Функціонування ГО базується на чіткому визначенні ролей закладів охорони здоров'я відповідно до видів медичної допомоги, що надаються в кожному закладі, та їхніх функціональних потужностей.

Заклади охорони здоров'я, що виконують функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня, забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги у цілодобовому стаціонарі, з обов'язковим наявним відділенням екстреної (невідкладної) медичної допомоги. Обсяг медичної допомоги, який вони повинні надавати, встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Функції багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування покладаються на заклади, функціональні потужності яких відповідають законодавчо встановленим вимогам для таких лікарень.

- Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати медичну допомогу щонайменше 120 тис. осіб.
- Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна обслуговувати щонайменше 200 тис. осіб.

Засади функціонування ГО наведено на рис. нижче.



Рис. 1.7. Засади функціонування госпітального округу

Джерело зображення: https://tvoemisto.tv/news/v_ukrain

Оснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівня здійснюється відповідно до типових табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ.

Кількість багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування у госпітальному окрузі визначається на основі загальної чисельності населення округу та мінімальної чисельності населення, яке має забезпечуватися медичною допомогою, згідно з встановленими нормативами. При цьому загальна розрахункова чисельність населення, що обслуговується лікарнями, не повинна перевищувати загальну чисельність населення госпітального округу.

Розташування багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівня визначається таким чином, щоб пацієнти, які проживають у зоні їх обслуговування, включаючи суміжні госпітальні округи, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги не пізніше ніж через 60 хвилин автомобільним транспортом.

Для забезпечення гарантованого надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги відповідно до потреб населення госпітального округу та суміжних округів здійснюється поступове формування спроможної мережі надавачів медичних послуг, при цьому визначаються опорні заклади охорони здоров'я на період до трьох років.

До **опорних закладів** охорони здоров'я можуть бути віднесені комунальні та державні заклади охорони здоров'я, які відповідають наступним критеріям:

- функціональні потужності та обсяг надання медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для визначення їх багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого або другого рівня;
- інші заклади охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначені з урахуванням пріоритетних напрямів розвитку сфер охорони здоров'я, затверджених Міністерством охорони здоров'я України.

Перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням МОЗ і може бути переглянутий за результатами реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Реорганізація системи надання екстреної медичної допомоги передбачає створення в областях Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги – у розрахунку одна станція на госпітальний округ, із мережею підстанцій. Це забезпечує доїзд медичних бригад до пацієнта у межах 10 хвилин у містах та 20 хвилин у сільській місцевості.

Надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, здійснюється відповідно до наступних процедур:

- Лікарні інтенсивного лікування: пацієнти направляються санітарним транспортом, самостійно звертаються до закладу або надходять за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря) чи лікаря-спеціаліста.
- Стаціонарні та поліклінічні відділення лікарень планового лікування хронічних хворих: надходження пацієнтів здійснюється за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря).
- Лікарні відновного лікування: пацієнти спрямовуються за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря), лікарів лікарень інтенсивного лікування, спеціалістів лікарень планового лікування або закладів третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
- Лікарні медико-соціальної допомоги та хосписи: пацієнти надходять за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря).
- Самостійні консультативно-діагностичні центри та консультативно-діагностичні центри лікарень планового лікування: доступ пацієнтів забезпечується за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря).
- Консультативно-діагностичні центри лікарень інтенсивного лікування: пацієнти надходять за направленням лікаря загальної практики (сімейного лікаря) або лікаря-спеціаліста.

Третинний рівень надання медичної допомоги

Третинна медична допомога регулюється наказами МОЗ України, серед яких основні:

- № 752 від 2012 — організація високоспеціалізованої медичної допомоги;
- № 385 від 2002 — перелік і типи закладів охорони здоров'я;
- № 33 від 2000 — штатні нормативи медичних закладів;
- накази МОЗ щодо клінічних протоколів і стандартів лікування.

Поняття третинної медичної допомоги. Третинна медична допомога — це високоспеціалізована медична допомога, що надається лікарями-спеціалістами високої кваліфікації з використанням складних технологій, спеціального обладнання та високотехнологічних методів лікування. Надається у випадках:

- складних або рідкісних захворювань
- необхідності високотехнологічних операцій
- потреби у спеціалізованій діагностиці та лікуванні.

Нормативна база:

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
- Міністерство охорони здоров'я України
- Національна служба здоров'я України.

Третинна допомога надається у високоспеціалізованих медичних закладах, зокрема:

- науково-дослідні інститути
- національні медичні центри
- спеціалізовані клініки
- обласні клінічні лікарні
- університетські клініки.

Приклади закладів:

- Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова
- Національний інститут раку.

Основні види послуг третинної допомоги. До третинної допомоги належать:

1. Високотехнологічна діагностика
   - МРТ
   - КТ
   - ангіографія
   - генетичні дослідження.
2. Складні хірургічні втручання
   - трансплантація органів
   - нейрохірургічні операції
   - кардіохірургія
   - онкохірургія.
3. Спеціалізоване лікування

- лікування рідкісних (орфанних) захворювань
- складна інтенсивна терапія
- високоспеціалізована реабілітація.

Третинну медичну допомогу надають:

- лікарі вищої кваліфікаційної категорії
- професори та наукові співробітники
- лікарі вузьких спеціальностей:
- нейрохірурги
- кардіохірурги
- трансплантологи
- онкохірурги
- генетики.

Порядок направлення пацієнтів. Пацієнти потрапляють на третинний рівень:

1. через направлення лікаря вторинного рівня
2. через електронне направлення
3. у випадку невідкладного стану — без направлення.

Використовується електронна система охорони здоров'я eHealth (електронна система охорони здоров'я України).

Фінансування третинної медичної допомоги. Фінансування здійснюється через Програму медичних гарантій, яку реалізує Національна служба здоров'я України. Основні принципи:

- оплата за надані медичні послуги
- контрактування закладів з НСЗУ
- спеціальні пакети для високоспеціалізованого лікування.

Приклади пакетів:

- лікування інсульту
- лікування інфаркту
- трансплантація органів
- складні онкологічні операції.

Основні функції третинного рівня. Третинний рівень виконує такі функції:

- надання високоспеціалізованої допомоги
- проведення складних операцій
- впровадження нових медичних технологій
- наукові дослідження
- підготовка медичних кадрів

- консультативна допомога лікарям нижчих рівнів.

Основні проблеми та напрямки розвитку

Основні виклики:

- нерівномірний доступ до високоспеціалізованої допомоги
- недостатня кількість обладнання у деяких регіонах
- потреба у розвитку трансплантології
- модернізація медичних технологій.

Напрямки розвитку:

- розвиток національних медичних центрів
- впровадження телемедицини
- розвиток трансплантації органів
- цифровізація медицини.

Реорганізація системи надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів, що надають послуги даного рівня. Надання третинної медичної допомоги здійснюватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками науково-дослідних інститутів.

З метою підвищення якості медичних послуг та ефективного використання потенціалу обласних лікарень і вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації можуть бути створені університетські клініки на базі обласних клінічних лікарень.

Основні принципи реформи фінансування системи охорони здоров'я

Для забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг із гарантією фінансової безпеки необхідне проведення комплексної реформи фінансування. Ключові елементи нової моделі включають:

1. Визначення предмету закупівлі – встановлення переліку та обсягів медичних послуг і лікарських засобів, що передбачені Програмою медичних гарантій, та оплата яких здійснюється за рахунок Державного бюджету України. До цього переліку входять послуги первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної допомоги, а також необхідні медикаменти. Склад, обсяг і рівень фінансування програми щорічно затверджуються Верховною Радою України в рамках закону про Державний бюджет.

2. Універсальність покриття – забезпечення доступу до медичних послуг для всіх громадян незалежно від віку, статі, рівня доходу, стану здоров'я та місця проживання.

3. Консолідація ресурсів – об'єднання коштів від максимально можливої кількості застрахованих громадян для формування єдиного фінансового пулу.

4. Зміцнення ринкової позиції – централізація коштів на закупівлю послуг на рівні, що дозволяє замовнику забезпечити оптимальні ціни на медичні послуги та лікарські засоби.

5. Стандартизовані правила оплати – впровадження чітких методів оплати страхових випадків, медичних протоколів, стандартів надання послуг і механізмів контролю якості.

6. Орієнтація на інтереси пацієнта – організація закупівель послуг таким чином, щоб розпорядник коштів діяв виключно в інтересах пацієнтів, а не надавачів медичних послуг.

7. Відсутність фінансового конфлікту інтересів – забезпечення відсутності стимулів у замовника послуг відмовляти пацієнтам у покритті медичних витрат.

8. Прийняття рішень на основі технічних критеріїв – після політичного затвердження Програми медичних гарантій рішення щодо виплат за окремими випадками мають базуватися виключно на медичних підставах, стандартах та правилах оплати, без політичного втручання.

9. Прозорість і підзвітність – забезпечення відкритого використання бюджетних коштів із суворим контролем.

10. Вільний вибір та конкуренція – гарантування пацієнтам права вільно обирати заклади охорони здоров'я та стимулювання конкуренції серед надавачів для підвищення якості послуг і впровадження **ефективних науково обґрунтованих методів лікування.**

Формування бюджету закладу охорони здров'я наведено на рис. 1.8.

Елементи реформи системи охорони здоров'я

Для реалізації мети реформи запроваджуються наступні ключові елементи:

1. **Єдиний національний замовник медичних послуг.** Центральним органом виконавчої влади, що виконує функції страховика та єдиного стратегічного замовника медичних послуг і лікарських засобів у рамках Програми державних гарантій, є **Національна служба здоров'я України (НСЗУ)**. Вона утворюється Кабінетом Міністрів України і відповідає за централізовану закупівлю медичних послуг та лікарських засобів для всіх застрахованих громадян.



Рис.1.8. Формування бюджету закладу охорони здров'я

Джерело зображення: https://tvoemisto.tv/news/v_ukrain

2. **Програма медичних гарантій.** Програма медичних гарантій визначає чітко обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких здійснюється за рахунок державного бюджету. Конкретний перелік послуг та лікарських засобів, а також тарифи для їх оплати щорічно затверджуються у рамках закону про Державний бюджет України.

3. **Нові механізми фінансування медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».** Запроваджується поетапний перехід до фінансування медичних послуг на основі результатів наданої допомоги. Початковим етапом є первинна медична допомога, яка з липня 2018 року фінансується за капітаційною ставкою.

1.2. ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ. УРЯДОВА ПРОГРАМА «ДОСТУПНІ ЛІКИ». eHealth – ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Поняття програми медичних гарантій. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) є нормативно визначеним інструментом, що окреслює

перелік та обсяги медичних послуг (разом із медичними виробами) і лікарських засобів, повна оплата яких забезпечується державою за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з установленими тарифами. Ця програма охоплює медичне забезпечення, необхідне для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у разі захворювань, травм, отруєнь, патологічних станів, а також медичної допомоги, пов'язаної з вагітністю та пологами.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує повне фінансування необхідних медичних послуг і лікарських засобів для громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають на території України, а також осіб, визнаних біженцями або такими, що потребують додаткового захисту. Держава забезпечує фінансування медичної допомоги, пов'язаної з наданням:

1. екстреної медичної допомоги;
2. первинної медичної допомоги;
3. вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
4. третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
5. паліативної допомоги;
6. медичної реабілітації;
7. медичної допомоги дітям віком до 16 років;
8. медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Для іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми гарантується покриття витрат лише на медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням екстреної медичної допомоги. Водночас такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість отриманих послуг у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, якщо інше не встановлено міжнародними договорами чи законами України. Інші види медичної допомоги для цієї категорії осіб оплачуються за рахунок їх власних коштів, коштів добровільного медичного страхування або інших дозволених джерел.

Програма медичних гарантій фіксує перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які підлягають фінансуванню з Державного бюджету України. Послуги та лікарські засоби, не включені до програми, не фінансуються за бюджетними призначеннями, передбаченими на її реалізацію, але можуть покриватися за рахунок коштів іншого бюджетного фінансування, місцевих програм, страхових механізмів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Розроблення програми медичних гарантій здійснюється з урахуванням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Порядок її формування

визначається Міністерством охорони здоров'я України за погодженням із Міністерством фінансів України. Щороку програма медичних гарантій включається до закону про Державний бюджет України, у якому визначається обсяг її фінансування як частка валового внутрішнього продукту, що має становити не менше 5 % ВВП. Видатки на реалізацію програми належать до захищених статей бюджету. Перша програма медичних гарантій була введена з 2020 року.

Перелік медичних лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД:

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма (ЕКГ) у стані спокою.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.

Національна служба здоров'я України

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», єдиним національним замовником є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Основні функції національного замовника

Національний замовник у сфері охорони здоров'я виконує комплекс функцій, спрямованих на реалізацію державної політики у галузі фінансових гарантій медичного обслуговування населення в межах програми медичних гарантій. До його ключових завдань належать:

1. упровадження державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення відповідно до положень програми медичних гарантій;
2. здійснення моніторингу, аналітичного оцінювання та прогнозування потреб населення України у медичних послугах і лікарських засобах;
3. виконання функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів у межах програми медичних гарантій;
4. розроблення проекту програми медичних гарантій, формування пропозицій щодо тарифів та коригувальних коефіцієнтів;

5. укладення, внесення змін та припинення договорів про медичне обслуговування населення і договорів про реімбурсацію;

6. забезпечення цільового та ефективного використання бюджетних коштів програми медичних гарантій, включно з перевіркою дотримання надавачами медичних послуг установлених вимог;

7. отримання та опрацювання персональних даних і медичної інформації про пацієнтів і надавачів послуг з дотриманням законодавства про захист персональних даних;

8. забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;

9. здійснення відшкодування вартості лікарських засобів у межах договорів про реімбурсацію;

10. аналіз звітності надавачів медичних послуг щодо обсягів і структури наданих послуг за договорами про медичне обслуговування населення та договорами про реімбурсацію;

11. інформування уповноважених органів державної влади про виявлені порушення умов договорів та звернення до суду у випадках, передбачених законодавством;

12. розгляд звернень та скарг у межах власної компетенції та вжиття заходів для усунення причин їх виникнення;

13. інформування Ради громадського контролю щодо пропонованої структури програми медичних гарантій, тарифів, коригувальних коефіцієнтів та розмірів реімбурсації, а також передання позиції Ради до відома МОЗ;

14. забезпечення належного інформування населення про програму медичних гарантій і проведення роз'яснювальної роботи стосовно застосування відповідних нормативно-правових актів;

15. створення умов для реалізації пацієнтами права на вибір лікаря первинної ланки через надання інформації про надавачів первинної медичної допомоги та лікарів, що у них працюють;

16. підготовка та подання фінансової й бюджетної звітності про надходження та використання бюджетних коштів у порядку, визначеному законодавством;

17. проведення фінансового аналізу та довгострокового планування для забезпечення сталого фінансування програми медичних гарантій;

18. узагальнення даних і формування стратегічних напрямів розвитку медичного обслуговування відповідно до програми медичних гарантій, з урахуванням демографічних, етнічних, соціально-економічних факторів і стану інфраструктури.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) має статус центрального органу виконавчої влади, що зумовлює її некомерційний характер. Такий

статус передбачає виконання функцій з реалізації державної політики без участі у її формуванні, що забезпечує інституційну незалежність та мінімізує політичний вплив на розподіл бюджетних коштів програми медичних гарантій.

Організаційна структура НСЗУ включає центральний апарат і регіональні підрозділи, взаємодія яких побудована за аналогією з іншими органами виконавчої влади: центральний апарат забезпечує повний спектр функцій, тоді як регіональні підрозділи здійснюють укладання договорів із місцевими надавачами послуг, контроль якості та інші операційні функції. Регіональні підрозділи не підпорядковуються місцевим органам влади, що узгоджується з принципом розмежування повноважень між замовником і надавачем медичних послуг.

Єдиний національний замовник не є власником закладів охорони здоров'я і не здійснює їх управління, що відповідає концепції чіткого розмежування функцій замовлення та надання медичних послуг.

Відповідно до закону, з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю НСЗУ при службі утворюється Рада громадського контролю у складі 15 членів, які обираються на основі відкритого конкурсу строком на два календарні роки.

Основні функції Ради громадського контролю при НСЗУ

Рада громадського контролю при Національній службі здоров'я України (НСЗУ) виконує низку інституційно важливих завдань, спрямованих на забезпечення відкритості та підзвітності діяльності НСЗУ. До її основних функцій належать:

1. здійснення громадського нагляду за діяльністю НСЗУ з метою підвищення її ефективності та відповідності законодавству;
2. сприяння комунікації та співпраці НСЗУ з громадськими об'єднаннями та іншими інститутами громадянського суспільства в сфері медичного обслуговування населення;
3. забезпечення прозорості функціонування НСЗУ шляхом участі у публічному обговоренні її рішень і діяльності;
4. інформування НСЗУ про суспільні настрої та громадську думку щодо формування і реалізації державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення, а також щодо змісту та застосування програми державних гарантій медичного обслуговування.

Механізми забезпечення прозорості діяльності НСЗУ

Прозорість функціонування НСЗУ гарантується комплексом організаційних та процедурних інструментів, серед яких:

• фіксація всіх управлінських та операційних дій НСЗУ в електронній системі охорони здоров'я, що забезпечує їх простежуваність і відкритість;

• зберігання фінансових ресурсів на рахунках Державного казначейства України, яке здійснює прямі розрахунки з надавачами медичних послуг;

• щорічне оприлюднення НСЗУ звітів про результати діяльності;

• функціонування при НСЗУ Ради громадського контролю як інструменту громадського нагляду;

• відкритість договорів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я: контракти підлягають обов'язковому оприлюдненню на офіційному вебсайті НСЗУ протягом п'яти днів з моменту їх підписання;

• реалізація заходів щодо запобігання корупції та контроль за їх виконанням у центральному апараті НСЗУ, її територіальних підрозділах та підвідомчих установах.

Джерела фінансування первинної медичної допомоги

Заклади охорони здоров'я, які здійснюють надання первинної медичної допомоги (ПМД), функціонуватимуть на основі змішаного фінансування, головними складовими якого є надходження за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та ресурси місцевих бюджетів.

Для укладення договору між надавачем ПМД та НСЗУ необхідним є виконання низки організаційних, технічних та кадрових вимог, серед яких:

– набуття статусу комунального некомерційного підприємства, що відповідає вимогам сучасної моделі управління у сфері охорони здоров'я;
– впровадження медичної інформаційної системи, перехід до електронного документообігу та підключення до національної електронної системи охорони здоров'я;

– забезпечення матеріально-технічного оснащення відповідно до Табеля оснащення закладів первинної медичної допомоги;

– укомплектування штатів закладів ПМД кваліфікованим медичним персоналом, зокрема лікарями первинної ланки та середнім медичним персоналом;

– наявність у закладі лікарських засобів для надання невідкладної допомоги згідно з переліком, що визначається Міністерством охорони здоров'я України;

– організація цілодобового (24/7) надання невідкладної медичної допомоги у взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я.

Підписання декларацій про вибір лікаря

Декларація про вибір лікаря є документом, що засвідчує волевиявлення пацієнта отримувати первинну медичну допомогу у конкретного лікаря. Підписання декларації означає, що пацієнт офіційно інформує державу в особі

Національної служби здоров'я України (НСЗУ) про те, що фінансування надання медичних послуг має спрямовуватись до закладу охорони здоров'я, у якому працює обраний лікар, або на його особистий рахунок у разі, якщо лікар здійснює діяльність як фізична особа-підприємець.

Декларація не є незмінним чи довічним документом: пацієнт має право у будь-який момент укласти нову декларацію з іншим сімейним лікарем, терапевтом або педіатром. При цьому скасування попередньої декларації не вимагається — її дія автоматично припиняється після підписання нового документа, що фіксується в електронній системі охорони здоров'я.

Пацієнт здійснює вибір лікаря вільно, без прив'язки до місця реєстрації чи фактичного проживання. Будь-які спроби примусового закріплення пацієнтів за дільничними лікарями або обмеження права на вільний вибір є порушенням законодавства.

Для недієздатних осіб та дітей віком до 14 років декларацію підписує їх законний представник.

Лікар може відмовити пацієнтові в укладенні декларації лише у разі досягнення граничної кількості пацієнтів. Нормативно встановлено такі оптимальні навантаження: для сімейного лікаря — 1800 пацієнтів, для терапевта — 2000, для педіатра — 900. У сільській місцевості ці показники можуть бути збільшені з огляду на демографічні особливості. Наприклад, якщо в селі проживає 2000 осіб, один сімейний лікар може укласти декларації з усім населенням. Контроль за дотриманням установлених нормативів здійснює НСЗУ.

Керівництво закладу охорони здоров'я зобов'язане забезпечити пацієнта повною та достовірною інформацією, необхідною для усвідомленого вибору лікаря. Зокрема, пацієнтові має бути надано такі відомості:

щодо закладу охорони здоров'я:

- повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи-підприємця, що здійснює медичну практику;
- код ЄДРПОУ юридичної особи або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для ФОП);
- інформація про наявність чинної ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

щодо лікарів, які працюють у закладі:

- прізвище, ім'я та по батькові лікаря;
- дані про освіту;
- лікарську спеціальність;
- тривалість професійного стажу за відповідною спеціальністю;
- кваліфікаційну категорію (за наявності);

- адресу робочого місця та графік прийому.

Заклад охорони здоров’я має визначити відповідальну особу, уповноважену приймати декларації та вносити відповідні відомості до електронної системи охорони здоров’я.

Задля забезпечення поінформованості пацієнтів інформацію про заклад та його медичних працівників доцільно розміщувати на інформаційному стенді у холі, а також дублювати на дверях кожного кабінету у вигляді індивідуальних відомостей про лікаря.

Для підтвердження особи під час укладення декларації пацієнт або його законний представник повинен надати один із таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років);
- посвідку на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Крім того, законний представник подає документи, що підтверджують його особу та повноваження відповідно до вимог законодавства. Додатково пацієнт має надати копію довідки про індивідуальний податковий номер та мати при собі мобільний телефон.

Уповноважена особа закладу вносить дані декларації до електронної системи, після чого роздруковує документ і передає пацієнтові або його законному представникові для перевірки. У разі виявлення помилок відповідальна особа вносить необхідні виправлення та повторно роздруковує декларацію до повного підтвердження коректності даних пацієнтом. Після цього пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації. Уповноважена особа засвідчує отримання документів датою, повертає пацієнтові один примірник, а другий зберігається у закладі. Завершальним етапом є надсилання декларації до електронної системи охорони здоров’я.

Декларація оформлюється виключно українською мовою.

У разі зміни відомостей, зазначених у декларації, пацієнт або його законний представник зобов’язаний звернутися до закладу охорони здоров’я для уточнення та оновлення відповідних даних.

Подання Декларації

1. Порядок подання декларації пацієнтом

Пацієнт або його законний представник подає декларацію про вибір лікаря шляхом особистого звернення до надавача первинної медичної допомоги (ПМД).

2. Процедура подання декларації включає такі етапи:

1. Пацієнт (або його законний представник) надає уповноваженій особі закладу чи безпосередньо лікарю ПМД документ, що підтверджує реєстрацію в Державному реєстрі фізичних осіб — платників податків, за наявності (за винятком осіб, які через релігійні переконання відмовилися від отримання РНОКПП і мають відповідну відмітку у паспорті), а також один із таких документів, що посвідчують особу:

– паспорт громадянина України;

– тимчасове посвідчення громадянина України;

– свідоцтво про народження (для осіб до 14 років) або документ, що підтверджує факт народження, виданий компетентними органами іноземної держави й легалізований відповідно до законодавства;

– посвідка на постійне проживання;

– посвідчення біженця;

– посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

2. Законний представник додатково подає документи, що засвідчують його особу та підтверджують повноваження здійснювати представництво пацієнта згідно із законодавством України.

3. На підставі наданих документів уповноважена особа або лікар ПМД здійснює пошук даних про пацієнта в Реєстрі пацієнтів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. У разі відсутності запису надавач ПМД забезпечує його термінову реєстрацію відповідно до Порядку ведення Реєстру пацієнтів, затвердженого МОЗ України.

4. Якщо інформація про пацієнта в Реєстрі наявна, уповноважена особа або лікар ПМД вносить дані про декларацію до Реєстру декларацій про вибір лікаря ПМД та роздруковує декларацію за формою, затвердженою МОЗ України.

Пацієнт або його законний представник перевіряє правильність заповнення декларації. У разі виявлення неточностей відповідальна особа коригує дані в реєстрах, формує новий запит і роздруковує оновлений документ.

Особа, що вносить дані, інформує пацієнта про його права відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» та про мету обробки персональних даних.

5. Декларація вважається поданою за умови дотримання такої послідовності:

– пацієнт або його законний представник підписує два примірники

декларації, підтверджуючи достовірність наданих даних і надаючи згоду на доступ до інформації про нього обраному лікарю ПМД та іншим лікарям за направленням;

– завершено внесення інформації про декларацію до Реєстру декларацій про вибір лікаря ПМД електронної системи охорони здоров'я.

6. Один примірник підписаної декларації видається пацієнтові (або законному представникові), інший зберігається у надавача ПМД протягом трьох років після припинення дії декларації.

3. Обмеження щодо відмови у прийнятті декларації

Надавачам первинної медичної допомоги заборонено відмовляти у прийнятті декларації з будь-яких дискримінаційних підстав, зокрема за станом здоров'я, віком, статтю, соціальним статусом, місцем проживання, національністю, релігійними чи політичними переконаннями тощо. Єдиною законною підставою для відмови є досягнення лікарем оптимального обсягу практики ПМД, визначеного нормативними актами. При цьому враховуються всі пацієнти, яким лікар надає ПМД, незалежно від кількості закладів, де він працює.

4. Права пацієнта

Пацієнт набуває права на отримання первинної медичної допомоги на підставі поданої декларації з моменту її подання та до моменту її припинення.

Припинення дії Декларації

Підстави для припинення чинності Декларації визначаються такими обставинами:

1. Подання пацієнтом або його законним представником нової декларації про вибір іншого лікаря, який здійснює надання первинної медичної допомоги (ПМД).

2. Надходження до НСЗУ заяви пацієнта (його законного представника) про припинення дії Декларації відповідно до пункту 6 розділу II цього Порядку.

3. Внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань запису про припинення юридичної особи — надавача ПМД або припинення підприємницької діяльності фізичної особи — підприємця, що надає ПМД, за винятком випадків реорганізації юридичної особи.

4. Анулювання ліцензії на провадження медичної практики надавачем ПМД або внесення до ліцензії змін, які унеможливлюють подальше надання ПМД.

5. Припинення надавачем ПМД господарської діяльності у сфері медичної практики.

6. Розірвання трудових відносин між лікарем, зазначеним у Декларації як обраний пацієнтом надавач ПМД, та відповідним закладом або фізичною особою — підприємцем, що надає ПМД.

7. Повідомлення надавача ПМД про припинення дії Декларації на підставі заяви лікаря, зазначеного у Декларації, поданої керівникові закладу щодо відмови від подальшого ведення пацієнта у випадках систематичного невиконання пацієнтом медичних рекомендацій або правил внутрішнього розпорядку закладу, за умови відсутності ризику для життя пацієнта та громадського здоров'я. Керівник закладу зобов'язаний з'ясувати усі обставини, що стали підставою для відмови лікаря, та у разі прийняття рішення про припинення дії Декларації повідомити про це НСЗУ. У повідомленні зазначаються: прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнта, дата народження, унікальний ідентифікатор Декларації або її номер, інформація про прийняте рішення, а також дата та номер заяви лікаря (за наявності) і реквізити рішення внутрішньої комісії закладу (у разі її наявності).

8. Смерть лікаря, обраного пацієнтом як надавача ПМД.

9. Досягнення пацієнтом 18-річного віку, якщо у Декларації обраним лікарем ПМД визначено лікаря-педіатра.

10. Смерть пацієнта або набрання законної сили рішенням суду про оголошення його померлим.

11. Деактивація запису про пацієнта в Реєстрі пацієнтів центральної бази даних відповідно до Порядку ведення Реєстру пацієнтів, затвердженого наказом МОЗ України від 30.11.2020 № 2755.

12. Надходження до НСЗУ повідомлення від надавача ПМД про намір не укладати або не продовжувати договір про медичне обслуговування населення в межах програми медичних гарантій після завершення строку його дії.

2. Порядок припинення дії Декларації

У випадку, передбаченому підпунктом 7 пункту 1 цього розділу, дія Декларації припиняється після спливу десяти календарних днів від дати надходження до НСЗУ повідомлення від надавача первинної медичної допомоги щодо необхідності її припинення.

В усіх інших випадках припинення дії Декларації відбувається з дня, що настає після дати отримання НСЗУ інформації про виникнення відповідної підстави.

У ситуаціях, визначених підпунктами 5 і 7 пункту 1 цього розділу, надавач первинної медичної допомоги зобов'язаний повідомити НСЗУ про настання відповідних обставин протягом трьох робочих днів від моменту отримання інформації про їх виникнення.

У випадку, передбаченому підпунктом 12 пункту 1 цього розділу, надавач первинної медичної допомоги інформує НСЗУ про такі обставини із зазначенням дати припинення дії договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

У разі припинення дії Декларації з підстав, визначених підпунктами 3–6, 8, 11, 12 пункту 1 цього розділу, надавач первинної медичної допомоги повинен протягом одного місяця з дати припинення її дії поінформувати про це пацієнта (або його законного представника) за допомогою способу зв'язку, зазначеного в Декларації.

У разі припинення дії Декларації з підстав, визначених підпунктом 7 пункту 1 цього розділу, надавач первинної медичної допомоги має повідомити пацієнта (його законного представника) протягом трьох робочих днів з моменту припинення Декларації, використовуючи зазначений у ній бажаний спосіб зв'язку.

3. Дія Декларацій у разі реорганізації надавачів ПМД (приєднання або злиття).

У разі припинення юридичної особи — надавача ПМД шляхом реорганізації (приєднання або злиття), подані цій юридичній особі Декларації вважаються такими, що подані юридичній особі — правонаступнику, за умови оформлення трудових відносин між правонаступником і лікарями, зазначеними в Деклараціях, та збереження останніми права надання ПМД відповідним пацієнтам.

4. Дія Декларацій у разі реорганізації шляхом виділу.

У разі створення нової юридичної особи — надавача ПМД у результаті виділу, Декларації, подані юридичній особі, з якої здійснено виділ, вважаються поданими новоутвореній юридичній особі — надавачу ПМД, за умови оформлення трудових відносин із лікарями, зазначеними в Деклараціях, та збереження ними права надавати ПМД відповідним пацієнтам.

5. Дія Декларацій у разі реорганізації шляхом поділу

У разі припинення юридичної особи — надавача ПМД у результаті поділу,

Декларації, що були подані такій юридичній особі, визнаються поданими юридичній особі — правонаступнику, якщо ця юридична особа оформлює трудові відносини з лікарями, зазначеними в Деклараціях, і вони зберігають право надання ПМД відповідним пацієнтам.

6. Умови застосування пунктів 3–5: Положення, визначені пунктами 3–5 цього розділу, застосовуються лише у випадку, коли пацієнт (його законний представник) не подав нову Декларацію або заяву до НСЗУ про припинення її дії до моменту настання всіх умов, передбачених зазначеними пунктами.

УРЯДОВА ПРОГРАМА «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Новим механізмом медикаментозного забезпечення пацієнтів первинної медичної допомоги є часткове або повне відшкодування вартості лікарських засобів у процесі амбулаторного лікування. Цей механізм отримав назву **«Урядова програма «Доступні ліки»** (або програма реімбурсації) та було запроваджено з 1 квітня 2017 року [5].

Реімбурсація визначається як механізм часткового або повного відшкодування пацієнтам вартості лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України на підставі рецепта.

Відшкодування є ефективним інструментом, що сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги, стимулює звернення пацієнтів до сімейного лікаря (особливо серед хворих на хронічні захворювання), зменшує практику неконтрольованого самолікування та покращує прихильність до терапії, що, у свою чергу, позитивно впливає на загальний стан здоров’я населення та його тривалість життя.

З 1 січня 2018 року програма реімбурсації охоплює три основні нозології: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму. Відповідно до встановленої процедури, позитивний перелік лікарських засобів, що підлягають відшкодуванню, оновлюється та публікується на веб-сайті МОЗ кожні шість місяців. Перелік містить інформацію про торгові назви препаратів, форми випуску, дозування, розмір відшкодування та повну вартість. Станом на 1 січня 2018 року до цього переліку було включено 200 лікарських засобів [2].

Рецепт. Відшкодування здійснюється на підставі рецептів, виписаних закладами охорони здоров’я незалежно від їх форми власності, за місцем надання медичної допомоги пацієнтові, із використанням рецептурних бланків форми № 1. Строк дії рецепта становить 30 календарних днів з моменту його виписки.

Рецепт має містити:

- міжнародну непатентовану назву лікарського засобу; у одному рецепті дозволяється зазначати лише одну лікарську форму;
- дозування та форму випуску;
- кількість одиниць, необхідних для лікування.

Додатково рецепт засвідчується печаткою червоного кольору з надписом «Вартість підлягає відшкодуванню».

До 31 грудня 2019 року відшкодування здійснювалося для медичних станів, визначених Кабінетом Міністрів України, у порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України. З 1 січня 2020 року передбачено відшкодування вартості лікарських засобів у рамках програми медичних гарантій.

Забезпечення лікарськими засобами, передбачене іншими законами України для окремих категорій осіб, здійснюється за окремими програмами за рахунок державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Порядок отримання електронного рецепту можно подивится на рис. 1.9.

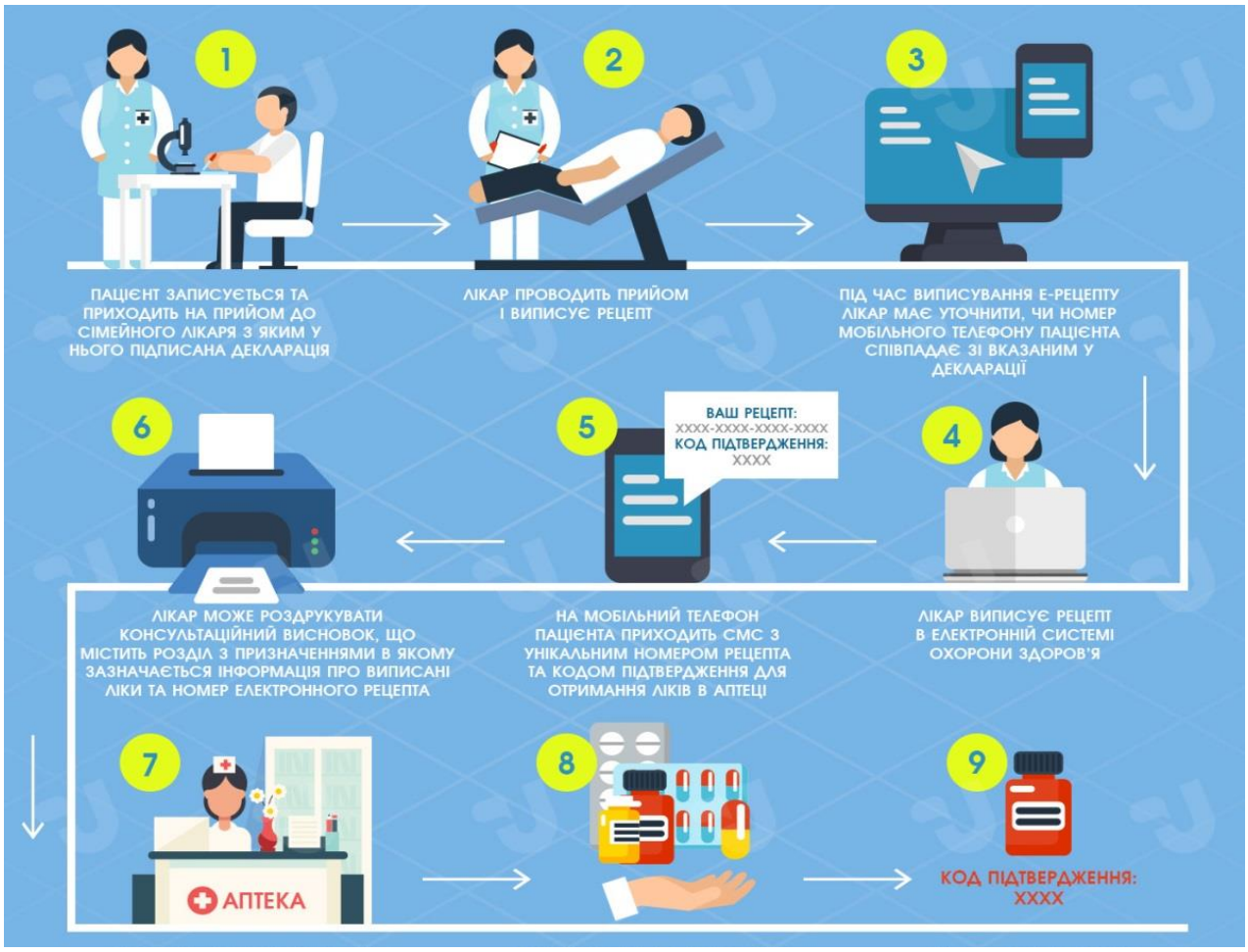


Рис.1.9. Порядок отримання електронного рецепту

Джерело зображення: https://www.ukrinform.ua/rubric-other_news

Електронний рецепт (е-рецепт) є науково обґрунтованим і ефективним інструментом модернізації системи фармацевтичного забезпечення та охорони здоров'я загалом. Він значно підвищує безпеку, точність та ефективність призначення й відпуску лікарських засобів, робить систему прозорішою та зручнішою для пацієнтів і медиків. Водночас для повного розкриття потенціалу е-рецептів необхідні надійні інформаційні системи, належний захист даних, стандартизація процесів та постійний моніторинг помилок або збоїв у системі.

Е-рецепт містить усі необхідні дані: інформацію про пацієнта, найменування лікарського засобу, дозування, форму випуску, дозу, курс лікування тощо.

Після виписки пацієнт отримує SMS із унікальним номером рецепта та кодом підтвердження — за цим номером аптека може знайти рецепт у базі і видати ліки.

Переваги впровадження е-рецептів

Наукові дослідження та моніторинг показують такі ключові переваги:

– зменшення медичних помилок. Одне з недавніх досліджень показало, що електронні рецепти суттєво підвищують точність і безпеку порівняно з рукописними: 80,8 % е-рецептів були коректними, тоді як лише 8,5 % — з рукописних рецептів;

– покращення комунікації між фармацевтом і лікарем. Використання систем EHR/EMR (електронних медичних карток) зменшує кількість непорозумінь щодо дозування або форми препарату, що сприяє безпечнішому відпуску;

– підвищення ефективності та зручності для пацієнта. Е-рецепт можна отримати дистанційно, не відвідувати лікаря особисто для кожного призначення, особливо зручно під час епідемій або у віддалених регіонах;

– прозорість і контроль обігу лікарських засобів. Цифровий облік рецептурних ліків допомагає запобігати зловживанням, неконтрольованому відпуску — зокрема антибіотиків — що важливо для боротьби з антибіотикорезистентністю;

– історія лікування і доступність інформації. В електронній картці пацієнта накопичується інформація про попередні рецепти, прийом препаратів, супутні захворювання, що допомагає лікарю приймати обґрунтовані рішення при нових призначеннях.

Отже, провадження е-рецепта як частини eHealth значно спростило процес отримання ліків, зменшило паперову бюрократію, підвищило прозорість і контроль за обігом лікарських засобів.

eHealth — державна електронна система охорони здоров'я, що забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення.

eHealth поєднує:

- пацієнтів,
- лікарів,
- медичні заклади,
- Національну службу здоров'я України (НСЗУ),
- приватні та державні медичні інформаційні системи (МІС).

Система складається з:

1. Центральної бази даних (ЦБД) — державна частина, яку адмініструє МОЗ та НСЗУ.
2. Медичних інформаційних систем (МІС) — програмне забезпечення, через яке лікарі працюють із даними.

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) формується на основі центральної бази даних та інтегрованих медичних інформаційних систем (МІС), між якими здійснюється автоматизований обмін даними, інформацією та електронними документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Регулювання впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні здійснює Міністерство охорони здоров'я, тоді як Національна служба здоров'я України (НСЗУ) відповідає за укладення договорів із постачальниками медичних послуг, аналіз і використання даних для прогнозування потреб населення, розробки програми медичних гарантій, встановлення тарифів, моніторинг виконання договорів та здійснення оплати за надані медичні послуги.

Підключення медичного закладу до системи eHealth передбачає виконання наступних етапів:

1. Впровадження МІС та навчання персоналу щодо її використання.
2. Реєстрація медичного закладу в системі eHealth через відповідну МІС.
3. Укладення договору про надання медичних послуг із НСЗУ.
4. Надання пацієнтам медичних послуг, визначених у договорі.
5. Отримання фінансування за новою системою оплати послуг.

Схема роботи eHealth наведена на рис. нижче.



Рис. 1.10. Схема роботи eHealth
Джерело зображення: https://ehealth.gov.ua/

Основні функції eHealth

Для пацієнтів

- Декларація з сімейним лікарем — електронний документ у системі.
- Електронні рецепти (ePrescription) — зокрема в програмі «Доступні ліки».
- Електронні направлення — на аналізи, консультації, госпіталізацію.
- Медична картка онлайн — результати аналізів, діагнози, епізоди лікування.
- Персональний кабінет пацієнта (через сумісні МІС або застосунки, що їх підтримують).

Для лікарів

- ведення електронних медичних записів;
- виписування рецептів і направлень;
- доступ до історії пацієнтів;
- оформлення лікарняних (електронні листки непрацездатності);
- підписання медичних документів КЕП.

Для медичних закладів та НСЗУ

- комунікація з НСЗУ щодо договорів;
- подання даних для фінансування;

- контроль якості медичних послуг;
- аналітика та статистика.

Переваги системи eHealth

Для пацієнтів:

- менше бюрократії, все в смартфоні або через МІС;
- мінімізація підробних рецептів;
- прозора історія лікування.

Для держави:

- боротьба з корупцією в медичній сфері;
- точні статистичні дані для планування;
- ефективне фінансування медицини за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Для лікарів:

- менше паперової роботи;
- зручність і швидкість оформлення документів;
- доступ до анамнезу пацієнта.

Нормативна база України

eHealth в Україні створена на основі таких документів:

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- Постанови КМУ про функціонування ЕСОЗ;
- Накази МОЗ щодо роботи з електронними рецептами, направленнями, медичними записами.

Електронна система охорони здоров'я покликана забезпечити пацієнтів доступом до цифрових сервісів, необхідних для реалізації їхніх прав у межах програми державних гарантій медичного обслуговування. Вона автоматизує облік наданих медичних послуг, упорядковує роботу з медичною інформацією та впроваджує електронний документообіг у сфері медичного обслуговування за програмою медичних гарантій.

Структурно система складається з центральної бази даних і медичних інформаційних систем (МІС), між якими організовано автоматизований обмін даними, інформацією та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Міністерство охорони здоров'я відповідає за нормативно-правове регулювання впровадження eHealth. Національна служба здоров'я України укладає договори з надавачами медичних послуг, аналізує та використовує

дані для прогнозування потреб населення, формування програми медичних гарантій, установлення тарифів, моніторингу виконання договорів, а також здійснює оплату медичних послуг відповідно до умов цих договорів [5].

Етапи впровадження системи eHealth наведено на рис. 1.11.

Перший етап	Другий етап	Третій етап	Четвертий етап
1. Запущено в тестовому режимі функціонал «Капітація». 2. Затверджено необхідну нормативну базу для тестового режиму. 3. Підготовлено довгострокову стратегію розвитку eHealth. 4. Підготовлено ТЗ для отримання сертифіката КСЗІ.	1. Запущено в пілотному режимі підтримку програми «Доступні ліки». 2. Створено ДП, яке стане адміністратором системи. 3. Проведено міграцію готових компонентів системи в український центр обробки даних. 4. Систему передано на ДП. 5. Узгоджено бізнес-модель для розробників МІС.	1. Отримано сертифікат КСЗІ. 2. Забезпечено нормативну базу для функціонування системи. 3. Проведено навчання лікарів щодо переходу на нову систему фінансування.	1. Капітаційні виплати на основі даних із системи.

Рис. 1.11. Етапи впровадження системи eHealth
Джерело зображення: https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf

Для підключення медичного закладу до eHealth необхідно виконати такі кроки:

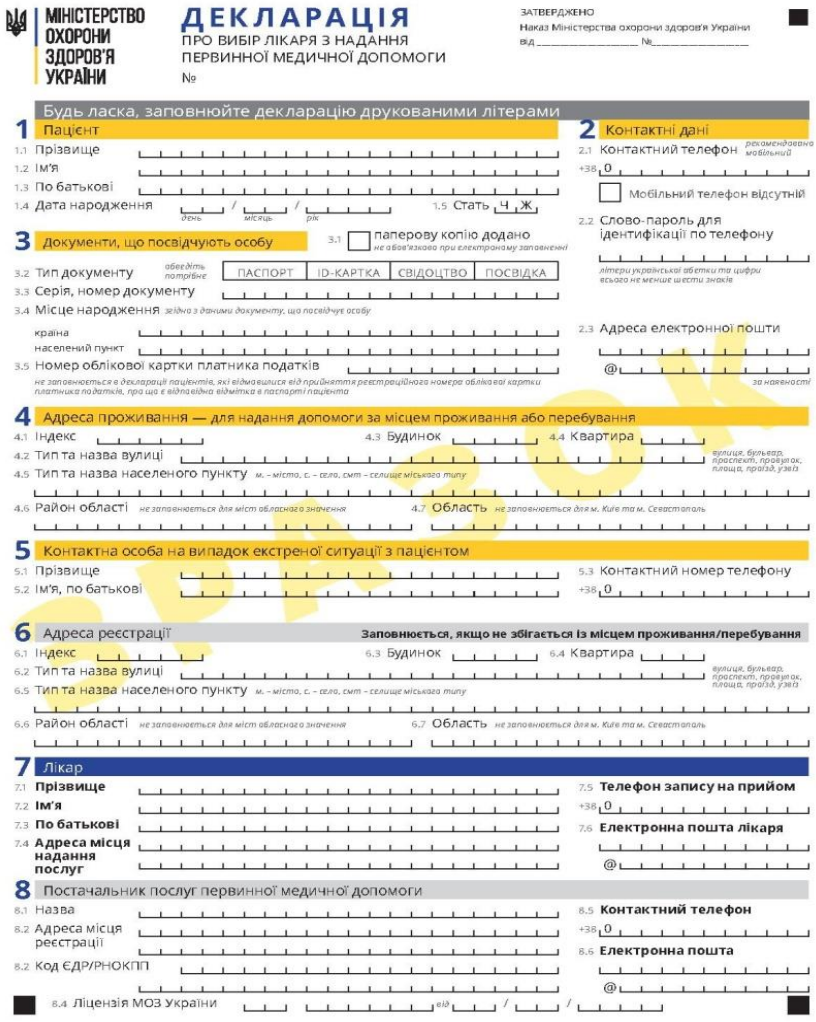
1. Запровадити медичну інформаційну систему та організувати навчання персоналу щодо роботи з нею.
2. Зареєструвати заклад у електронній системі охорони здоров'я через обрану МІС.
3. Укласти договір з Національною службою здоров'я України на надання медичних послуг.
4. Розпочати надання пацієнтам послуг, передбачених укладеним договором з НСЗУ.

5. Отримувати фінансування відповідно до нової моделі оплати медичних послуг.

Підписання декларацій про вибір сімейного лікаря

Декларація є офіційним документом, який засвідчує намір пацієнта отримувати медичне обслуговування у конкретного лікаря. Підписання декларації повідомляє державу, в особі Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що фінансування надання медичних послуг пацієнту повинно здійснюватися на медичний заклад, де працює лікар, або на його персональний рахунок у випадку, якщо він зареєстрований як фізична особа-підприємець.

Зразок декларації про вибір лікаря з надання ПМД наведено на рис. 1.12.


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕКЛАРАЦІЯ
ПРО ВИБІР ЛІКАРЯ З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
№

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від _____ №_____

Будь ласка, заповнюйте декларацію друкованими літерами

1 Пацієнт
1.1 Прізвище
1.2 Ім'я
1.3 По батькові
1.4 Дата народження (день / місяць / рік) 1.5 Стать Ч Ж

2 Контактні дані
2.1 Контактний телефон (рекомендовано мобільний) +38 0
Мобільний телефон відсутній
2.2 Слово-пароль для ідентифікації по телефону
(літери української абетки та цифри всього не менше шести знаків)
2.3 Адреса електронної пошти @ (за наявності)

3 Документи, що посвідчують особу
3.1 паперову копію додано (не обов'язково при електронному заповненні)
3.2 Тип документу (обведіть потрібне) ПАСПОРТ | ID-КАРТКА | СВІДОЦТВО | ПОСВІДКА
3.3 Серія, номер документу
3.4 Місце народження (згідно з даними документу, що посвідчує особу)
країна
населений пункт
3.5 Номер облікової картки платника податків
(не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта)

4 Адреса проживання — для надання допомоги за місцем проживання або перебування
4.1 Індекс 4.3 Будинок 4.4 Квартира
4.2 Тип та назва вулиці (вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз)
4.5 Тип та назва населеного пункту (м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу)
4.6 Район області (не заповнюється для міст обласного значення) 4.7 Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)

5 Контактна особа на випадок екстреної ситуації з пацієнтом
5.1 Прізвище
5.2 Ім'я, по батькові
5.3 Контактний номер телефону +38 0

6 Адреса реєстрації (Заповнюється, якщо не збігається із місцем проживання/перебування)
6.1 Індекс 6.3 Будинок 6.4 Квартира
6.2 Тип та назва вулиці (вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз)
6.5 Тип та назва населеного пункту (м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу)
6.6 Район області (не заповнюється для міст обласного значення) 6.7 Область (не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь)

7 Лікар
7.1 Прізвище
7.2 Ім'я
7.3 По батькові
7.4 Адреса місця надання послуг
7.5 Телефон запису на прийом +38 0
7.6 Електронна пошта лікаря @

8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги
8.1 Назва
8.2 Адреса місця реєстрації
8.5 Контактний телефон +38 0
8.6 Електронна пошта @
8.2 Код ЄДР/РНОКПП
8.4 Ліцензія МОЗ України від / /

СРАЗОК

Рис.1.12. Зразок декларації про вибір лікаря з надання ПМД

Джерело зображення: https://znaj.ua/society/medychna-deklaraciya-z-likarem

Декларація не є постійною та може бути змінена: пацієнт має право укласти декларацію з іншим терапевтом, педіатром або сімейним лікарем у будь-який час. Для цього не потрібно скасовувати попередню декларацію — достатньо підписати нову, а відповідні зміни автоматично відображаються в електронній системі охорони здоров'я.

Пацієнт має право на вільний вибір лікаря, і підписання декларації не обмежується місцем реєстрації або проживання. Будь-які спроби примусу пацієнта до вибору конкретного дільничного лікаря або відмова у реалізації цього права є порушенням законодавства.

Вибір лікаря для осіб, визнаних недієздатними, а також для дітей до 14 років здійснюється їхнім законним представником.

Лікар може відмовити у підписанні декларації пацієнтові у разі досягнення оптимальної кількості пацієнтів. Показники оптимального навантаження визначаються таким чином: сімейний лікар – до 1 800 пацієнтів, терапевт – до 2 000 пацієнтів, педіатр – до 900 пацієнтів. Для лікарів, що працюють у сільській місцевості, можливе незначне перевищення цих показників з метою забезпечення доступності медичної допомоги всьому населенню. Наприклад, у населених пунктах, де проживає 2 000 осіб, всі вони можуть укласти декларацію із сімейним лікарем. Контроль за дотриманням цих нормативів здійснює Національна служба здоров'я України.

Керівництво закладу має надати пацієнтові всю інформацію, необхідну для вибору лікаря:

про заклад:

● повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця;

● код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для ФОП);

● інформацію про наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;

про лікарів, які працюють у цьому закладі:

● прізвище, ім'я, по батькові лікаря;

● освіта;

● лікарська спеціальність;

● стаж роботи за спеціальністю;

● кваліфікаційна категорія;

● місце (адреса) та графік роботи лікаря.

Заклад охорони здоров’я має визначити відповідальну особу, уповноважену здійснювати прийом декларацій та внесення відповідних відомостей до електронної системи охорони здоров’я.

Інформацію про заклад та медичних працівників доцільно розміщувати на інформаційному стенді у вестибюлі закладу, а також додатково забезпечити подання відомостей про кожного лікаря на дверях його кабінету.

Для посвідчення особи, яка укладатиме декларацію, пацієнт або його законний представник має надати один з таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для дітей до 14 років);
- посвідка на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Законний представник пацієнта додатково подає документи, що посвідчують його особу та повноваження законного представника відповідно до законодавства .

Також слід надати копію довідки про індивідуальний податковий номер та мати при собі мобільний телефон.

Надалі уповноважена особа здійснює заповнення декларації в електронній формі, після чого її роздруковує та надає пацієнтові або його законному представникові для перевірки коректності внесених відомостей. У разі виявлення пацієнтом помилок у декларації уповноважена особа вносить відповідні коригування та повторно роздруковує документ до моменту підтвердження пацієнтом правильності всіх зазначених даних. Після цього пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації та передає їх уповноваженій особі, яка проставляє відмітку із зазначенням дати отримання, повертає один примірник пацієнтові, а другий зберігається в закладі охорони здоров’я. Завершальним етапом є направлення уповноваженою особою підписаної декларації до електронної системи охорони здоров’я.

Схема послідовності дій при підписанні декларації з сімейним лікарем наведена на рис. 1.13.



Рис. 1.13. Послідовність дій при підписанні декларації з сімейним лікарем
Джерело зображення: https://znaj.ua/society/medychna-deklaraciya-z-likarem

Декларація заповнюється виключно державною мовою.

У разі зміни відомостей, внесених до декларації на момент її підписання, пацієнт або його законний представник зобов'язаний звернутися до закладу охорони здоров'я з метою уточнення та актуалізації відповідних даних.

Джерела фінансування первинної медичної допомоги

Заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, функціонують за рахунок різних джерел фінансування, ключовими серед яких є кошти, отримані за договорами з Національною службою здоров'я України, а також асигнування з місцевих бюджетів.

Обов'язковими передумовами для укладення договору між надавачем первинної медичної допомоги та Національною службою здоров'я України є:

– набуття закладом статусу комунального некомерційного підприємства;

– впровадження медичної інформаційної системи та перехід до електронного документообігу;

– підключення до національної електронної системи охорони здоров'я

– забезпечення закладів первинної медичної допомоги матеріально-технічними ресурсами відповідно до Табеля оснащення ПМД;

– належне кадрове забезпечення закладів первинної медичної допомоги, зокрема лікарями ПМД та середнім медичним персоналом;

– забезпечення закладів первинної медичної допомоги лікарськими засобами для надання невідкладної допомоги відповідно до вимог, що формуються Міністерством охорони здоров'я України;

– організація цілодобового (24/7) графіка надання невідкладної медичної допомоги у взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я.

Як працює принцип «Гроші йдуть за пацієнтом» (капітація)

- Відбувається перехід до оплати від кількості укладених декларацій між лікарем первинної ланки та пацієнтом - новий механізм оплати медичних послуг.
- Капітація - модель державного фінансування, що дозволяє нараховувати кошти за конкретну кількість пацієнтів, що обслуговує медичній заклад.
- Раніше поліклініки і ЦПМСД отримували гроші за «ділянки» і приписаних до них людей. На кожний медзаклад виділялася фіксована сума, і підвищити зарплату лікарям було неможливо. Тепер зарплата кожного лікаря в автономізованих медустановах залежить від реальної кількості пацієнтів, які підписали з ним декларацію.

До 31 грудня 2019 року відшкодування здійснюється для визначеного Кабінетом Міністрів України переліку медичних станів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Із 1 січня 2020 року в Україні запроваджено механізм відшкодування вартості лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій.
Забезпечення лікарськими засобами, надання яких визначено іншими законодавчими актами України для окремих категорій населення, здійснюється в межах спеціальних програм та фінансується за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, цільових страхових фондів, а також інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Запровадження електронного рецепта та повноцінне функціонування електронної системи охорони здоров'я на всіх рівнях передбачає інтеграцію рецептурної інформації до електронної медичної картки пацієнта з одночасною передачею даних до аптечного закладу, що забезпечує можливість отримання лікарського засобу без використання паперових носіїв. Такий підхід сприятиме підвищенню прозорості, ефективності обліку та якості аналітичної обробки медичних даних.

1.3. ОСНОВНА ОБЛІКОВА МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ В ЗАКЛАДАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Облік пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги має здійснюватися на засадах адекватності та ефективності. З цією метою наказом Міністерства охорони здоров'я України № 157 від 26 січня 2018 року замість паперових талонів упроваджено оновлену форму первинної облікової документації 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів». Зазначена форма визначена як уніфікований стандарт обліку відвідувань пацієнтів у медичних інформаційних системах і формується автоматично на підставі даних амбулаторної медичної карти.

На перехідному етапі заклади первинної медичної допомоги, які не мають повної комп'ютеризації, зобов'язані вести зазначену форму в паперовому вигляді. Водночас обсяг інформації, необхідної для її заповнення, є суттєво меншим порівняно з раніше застосовуваними обліковими формами. Крім того, відповідним наказом істотно спрощено форму узагальненого обліку відвідувань — № 039/о «Відомість обліку відвідувань пацієнтів».

Перелік облікової медичної документації закладу загальної практики – сімейної медицини

1. Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома ф. 003-2/о.
2. Медична карта амбулаторного хворого – ф. 025/о.
3. Талон амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики – сімейної медицини – ф. 025-6-1/о.
4. Посімейний журнал дільниці сімейного лікаря – ф. 025-8-1/о.
5. Направлення на консультацію в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень – ф. 028-1/о.
6. Рецепти – ф. 1, ф. 2.
7. Журнал запису пологової допомоги вдома – ф. 032/о.
8. Книга реєстрації листків непрацездатності – ф. 036/о.
9. Відомість обліку відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома – ф. 039/о.
10. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення – ф. 058/о.
11. Журнал обліку інфекційних захворювань – ф. 060/о.
12. Карта профілактичних щеплень – ф. 063/о.
13. Журнал обліку профілактичних щеплень – ф. 064/о.

14. Журнал запису амбулаторних операцій – ф. 069/о.

15. Довідка для одержання путівки – ф. 070/о.

16. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дітей до 17 років включно – ф. 071/о.

17. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі серед дорослого населення – ф. 071-1/о.

18. Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь в даному лікувальному закладі – ф. 071-2/о.

19. Санаторно-курортна карта – ф. 072/о.

20. Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків – ф. 076/о.

21. Путівка в дитячий санаторій – ф. 077/о.

22. Медична довідка на від'їжджає в оздоровчий табір – ф. 079/о.

23. Направлення на МСЕК – ф. 088/о.

24. Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника – ф. 093/о.

25. Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації – ф. 094-1/о.

26. Лікарське свідоцтво про смерть – ф. 106/о-95.

27. Індивідуальна карта вагітної і породіллі – ф. 111/о.

28. Історія розвитку дитини – ф. 112/о.

29. Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду – ф. 122/о.

30. Журнал обліку померлих – ф. 151/о.

31. Журнал обліку новонароджених – ф. 152/о.

13 березня 2018 р. набрав чинності Наказ МОЗ України № 157 від 26.01.2018, яким була скасована низка форм первинної облікової документації. Так, згідно з наказом, чинність втратили облікові форми, які використовувалися при наданні первинної медичної допомоги: № 025-2/о «Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів», № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», № 025-3/о «Медична карта студента № __», № 025-4/о «Талон на прийом до лікаря», № 025-6/о «Талон амбулаторного пацієнта», № 026/о «Медична карта дитини (для дошкільного та загальноосвітнього навчальних закладів)», № 031/о «Книга запису викликів лікарів додому».

Аналіз практики функціонування закладів охорони здоров'я засвідчує, що для обліку одного візиту пацієнта раніше було необхідно здійснювати записи у 5–10 різних паперових облікових документах, у яких інформація

часто дублювалася, а також оформлювати значну кількість підписів і відбитків печаток. Зокрема, форма 025-6/о «Талон амбулаторного пацієнта» передбачала заповнення майже 40 обов'язкових реквізитів.

Подальша обробка даних передбачала переписування або перенесення інформації з паперових носіїв до електронних засобів, при цьому медичні працівники змушені були вручну здійснювати підрахунок великої кількості талонів за різними показниками. Масштабність проблеми підтверджується тим, що загальна кількість відвідувань пацієнтів амбулаторних закладів в Україні щороку становить сотні мільйонів.

З огляду на необхідність забезпечення адекватного та ефективного обліку пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги, відповідним наказом упроваджено оновлену форму 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів», яка замінює паперові талони. Зазначена форма визначена як стандарт обліку візитів пацієнтів у медичних інформаційних системах та формується автоматично на основі даних амбулаторної медичної карти.

На перехідному етапі заклади первинної медичної допомоги, що не мають повної комп'ютеризації, ведуть зазначену форму в паперовому вигляді, при цьому обсяг інформації, необхідної для її заповнення, є суттєво меншим порівняно з раніше застосовуваними формами. Крім того, наказом істотно спрощено форму узагальненого обліку відвідувань № 039/о «Відомість обліку відвідувань пацієнтів».

Набрання чинності зазначеним нормативним актом призводить до значного зменшення паперового навантаження на лікарів, що, у свою чергу, створює передумови для формування пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я та забезпечення належних умов професійної діяльності медичних працівників.

ICPC-2 (International classification for primary care)

На сучасному етапі Міністерством охорони здоров'я України затверджено нормативно-правовий акт, яким запроваджено використання системи Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). ICPC-2 є однією з найбільш поширених класифікаційних систем, що застосовується на рівні первинної медичної допомоги у багатьох країнах світу. Її впровадження забезпечує орієнтацію діяльності лікарів первинної ланки на потреби пацієнтів, а не на технічні вимоги статистичної обробки кодів.

Концептуальною основою зазначеної системи є визнання того, що в первинній медичній допомозі важливим є не лише клінічне бачення лікаря

щодо стану пацієнта (діагноз), але й причина звернення особи за медичною допомогою. У зв'язку з цим ICPC-2 передбачає можливість кодування причин звернення пацієнтів.

Класифікація розроблена лікарями первинної медичної допомоги, що забезпечує її максимальну відповідність реальному змісту їх професійної діяльності. Структура ICPC-2 є компактною: повний перелік кодів уміщується на двох сторінках формату А4.

Система ICPC-2 налічує близько 1300 кодів, які охоплюють найбільш поширені проблеми здоров'я (частота понад один випадок на 1000 пацієнтів на рік). Рівень деталізації цих кодів є оптимальним для застосування на рівні первинної медичної допомоги. Крім того, система передбачає можливість адаптації до місцевих епідеміологічних особливостей (рис. 1.14.).

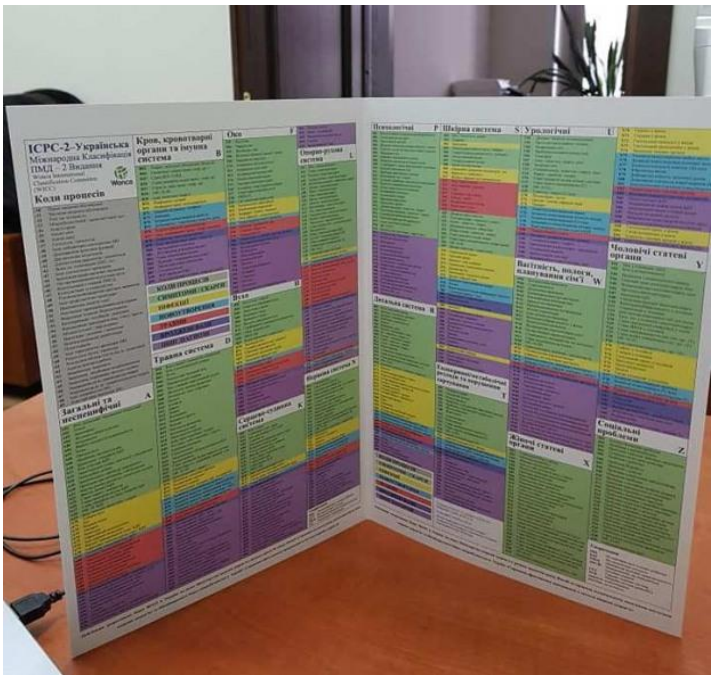


Рис.1.14. Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (загальний вигляд)

Джерело зображення: https://www.ukrinform.ua/rubric-other_news/

Базовим поняттям в ICPC-2 є епізод медичної допомоги – взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою.

Як кодуються візити пацієнта в ICPC-2 ?

Для кожного випадку звернення пацієнта система ICPC-2 передбачає можливість кодування трьох основних компонентів медичної допомоги, а саме:

– причини звернення пацієнта до лікаря, що зазвичай охоплює скарги, запит на консультацію або оцінювання результатів лабораторних чи інструментальних досліджень;

– діагнозу, який відображає клінічне бачення проблеми сімейним лікарем;

– комплексу медичних дій, необхідних у конкретній клінічній ситуації, зокрема лікувальних заходів, направлення на додаткові методи обстеження або скерування пацієнта на рівень спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги.

Приклад використання на практиці класифікації ICPC-2 наведено на рис. 1.15.



Рис. 1.15. Приклад використання на практиці класифікації ICPC-2
Джерело зображення: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-119682

Система ICPC-2 надає можливість кодування скарг, симптомів і синдромів у випадках, коли встановлення точного клінічного діагнозу є неможливим. Окрім цього, зазначена класифікація застосовується для структурованої обробки медичної документації в електронному форматі, що забезпечує більш просте, уніфіковане та точне формування і аналіз медико-статистичних даних. Водночас навіть за умов використання паперових носіїв ICPC-2 сприяє спрощенню ведення медичних записів та підвищенню їх упорядкованості.

1.4. ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ ТА ЗМІСТ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Формування поняття «лікар сімейної практики» бере свій початок у XVIII–XIX століттях, коли медична допомога надавалася переважно в індивідуальному, комерційному форматі приватно практикуючими лікарями, які обслуговували окремих осіб або родини. Унаслідок цього сформувався сталий контингент пацієнтів, які надавали перевагу зверненню за медичною допомогою виключно до «свого» лікаря.

Після запровадження земського самоврядування у 1864 році розпочалася діяльність земських лікарів, які за своїм функціональним наповненням вважаються історичними попередниками сучасного лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Наприкінці XIX — на початку XX століття відбувався активний розвиток медичної спеціалізації та впровадження багаторівневої системи охорони здоров’я, відомої як система М. О. Семашка. Основною ідеєю цієї моделі було максимальне наближення вузькопрофільних спеціалістів до населення. Водночас до її суттєвих недоліків належали зниження координаційної ролі дільничного терапевта у процесі надання медичної допомоги, а також високі фінансові витрати системи охорони здоров’я.

У світовій практиці найбільш поширеними моделями становлення сімейної медицини стали дві основні системи фінансування охорони здоров’я: система Бісмарка — страхова або змішана модель, яка застосовується у таких країнах, як Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди та Бельгія, а також система Беверіджа — модель повного державного фінансування, характерна для Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канади, Австралії та Греції, де частка державних витрат на охорону здоров’я перевищує 80 %. У

Японії та Сполучених Штатах Америки медична допомога переважно надається на платній основі.

Починаючи з 1960–1970-х років, більшість країн світу здійснили перехід до систем охорони здоров'я, побудованих на принципах загальної практики — сімейної медицини.

На сучасному етапі первинна медико-санітарна допомога у світі забезпечує близько 85–90 % загального обсягу медичних послуг, а частка лікарів сімейної практики серед усіх лікарів становить у середньому 45–50 %.

Найвищий відсоток сімейних лікарів зафіксовано в Канаді — 67 %, значна їх частка спостерігається також у Франції (54 %), Португалії (51,1 %) та Албанії (49,97 %). Найнижчий показник на початковому етапі реформування, з істотним відривом від інших країн, був характерний для України — 7,3 %.

Сімейна медицина є високорозвиненою в багатьох країнах світу та продовжує активно розвиватися. Водночас запровадження сімейної медицини у різних державах супроводжувалося як позитивними, так і негативними наслідками, причому універсальної ідеальної моделі не існує.

Згідно з визначенням Європейської асоціації сімейної медицини (European Wonca, 2002, 2005), **«загальна практика–сімейна медицина»** є академічною та науковою дисципліною, що володіє власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою та клінічною діяльністю.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога є фундаментом медико-профілактичного обслуговування населення та здійснюється з використанням науково обґрунтованих, соціально прийнятних методів і технологій.

Сімейна медицина передбачає тривале та безперервне медичне спостереження всіх членів сім'ї, при якому особлива увага приділяється всебічному вивченню особистості пацієнта, врахуванню його життєвих умов, умов праці, соціального оточення, звичок, уявлень про хворобу та здоров'я, а також ставлення до лікувальних і оздоровчих процесів. Таким чином, сімейна медицина є не лише медичною спеціальністю, але й фундаментом усієї лікарської практики.

Головні принципи сімейної медицини:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;

- відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї за збереження і покращення його здоров'я.

Центральним елементом системи первинної медико-санітарної допомоги є сімейний лікар.

Сімейний лікар — це фахівець, який здійснює медичне спостереження та лікування всіх членів родини на певній географічній території, охоплюючи населення одного району.

За визначенням Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA), сімейний лікар надає первинну медико-санітарну допомогу всім членам сім'ї незалежно від віку, статі та типу захворювання, враховуючи психологічні, соціальні, культурні та індивідуальні особливості пацієнта та його родини.

Професійна компетенція сімейного лікаря включає шість основних напрямів і характеризується одинадцятьма кваліфікаційними характеристиками, структурованими у вигляді «дерева», коріння якого формують три базові елементи: наукову основу, матеріально-технічне забезпечення (контекст) та безперервне професійне навчання лікаря, що відображає ставлення до спеціальності.

Компетентності сімейного лікаря (Європейська академія викладачів сімейної медицини EUROACT, 2002; WONCA, 2005):

- Управління (менеджмент) первинною медичною допомогою;
- Зосереджена на людині (пацієнтові) допомога;
- Навички розв'язання спеціальних (медичних) проблем;
- Всебічний, комплексний підхід;
- Орієнтація на громаду;
- Холістичний підхід.

Управління первинною медичною допомогою передбачає здатність*:*

- здійснювати первинний контакт із пацієнтом стосовно ще не визначених проблем;
- охоплювати повний діапазон проблем здоров'я;
- координувати допомогу з іншими професіоналами первинної ланки та іншими спеціалістами;
- ефективно і належним чином використовувати можливості системи охорони здоров'я;

- забезпечувати доступну для пацієнта допомогу в системі охорони здоров'я;
- діяти як захисник для пацієнта.

Зосереджена на людині допомога передбачає здатність:

- прийняти зосереджений на людині підхід, що розглядає пацієнта і його проблему в контексті обставин пацієнта:
- використовувати консультацію в загальній практиці - сімейній медицині для створення ефективних стосунків лікар-пацієнт, зберігаючи повагу до автономії пацієнта;
- спілкуватися, встановлювати пріоритети і діяти на умовах партнерства з пацієнтом;
- забезпечувати та координувати безперервну медичну опіку, тривалість якої визначається потребами пацієнта.

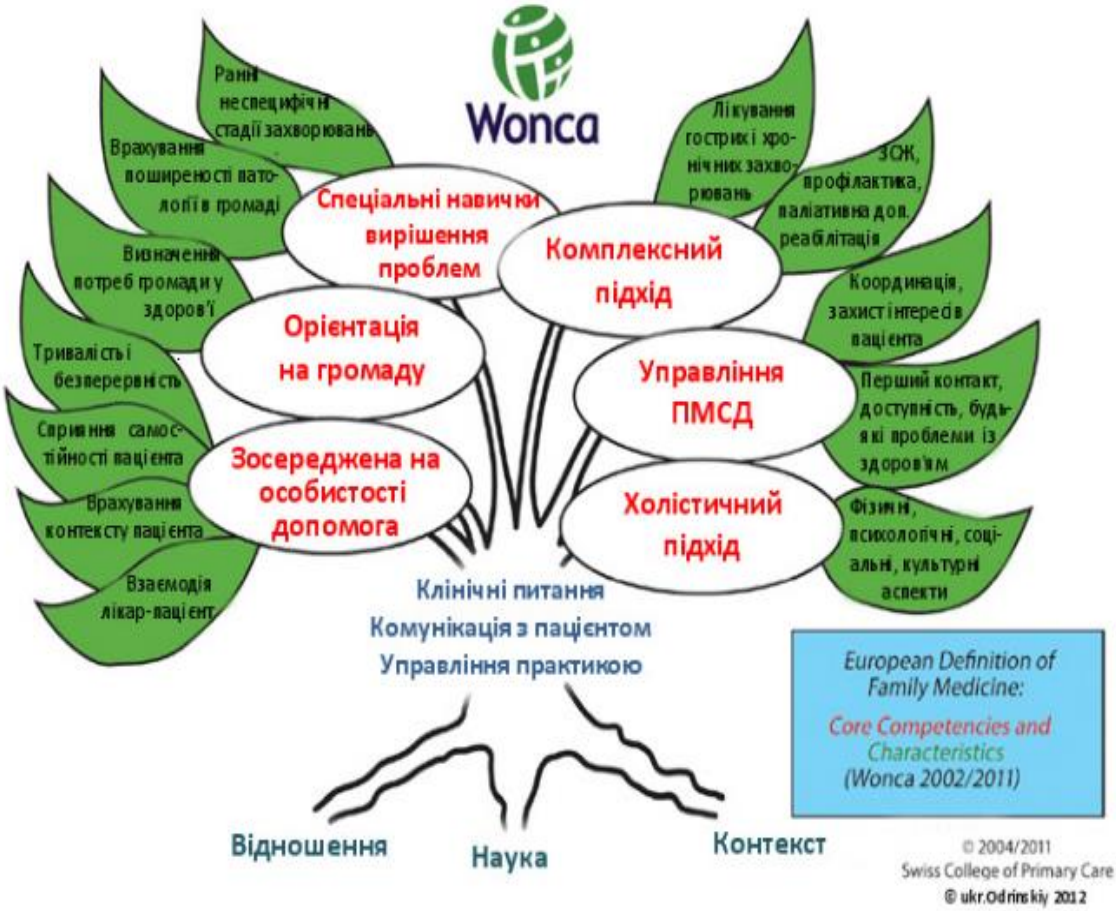


Рис. 1.16. Що включає в себе спеціальність сімейного лікаря (WONCA, 2005)
Джерело зображення: https://emed.library.gov.ua/

Навички розв'язання спеціальних (медичних) проблем передбачають здатність:

- співвідносити специфічні рішення з епідеміологічними характеристиками (поширеність та захворюваність) громади;
- вибірково збирати й інтерпретувати інформацію від анамнезу, фізикального обстеження і досліджень та складати адекватний план дій у співробітництві з пацієнтом;
- здійснювати термінові інтервенції, коли це необхідно; лікувати захворювання на ранніх етапах їх розвитку, коли вони проявляються недиференційованим способом, толерантно ставитись до тимчасової непевності в діагнозі;
- ефективно використовувати діагностичні та терапевтичні втручання.

Всебічний підхід включає здатність*:*

- справлятися одночасно як з різноманітними скаргами, так і патологіями, як гострими, так і хронічними проблемами індивідума;
- просувати здоров'я та якість життя, належно застосовуючи превентивні стратегії;
- проводити та координувати просування здоров'я, профілактику, лікування, опіку, паліативну та реабілітаційну допомогу.

Орієнтація на громаду включає здатність узгоджувати медичні потреби індивідума з медичними потребами громади, в якій він живе, в балансі з відповідними ресурсами цієї громади.

Холістичне моделювання включає здатність використовувати біопсихосоціальну модель, що враховує культурні та екзистенціальні характеристики пацієнта.

Оскільки сімейна медицина орієнтована на інтереси пацієнта, в її розвитку основне значення повинно відводитись ***трьом базовим особливостям***:

- *Контексту*: використання індивідуальних особливостей та культурного рівня пацієнта, його сім'ї, в якій проживає пацієнт.
- *Позиції лікаря:* професійний рівень, взаємостосунки, етичні уявлення лікаря.
- *Науковому підходу*: впровадження в практичну діяльність критичного і науково-орієнтованого підходу, збереження його шляхом безперервної професійної освіти та підвищення кваліфікації, використання даних з доведеною ефективністю.

Оновлені компетенції сімейного лікаря, які відповідають класифікатору професій, наведені у Наказі МОЗ України № 686 від 05.08.2013 .

На сьогодні сімейного лікаря визнано спеціалістом медичної галузі, який може найповніше впливати на стан здоров'я населення. До 2020 року сімейний лікар став єдиним вікном входження пацієнта в систему охорони здоров'я (крім гострих станів).

Сімейний лікар є універсальним фахівцем, який володіє глибокими теоретичними знаннями та практичними навичками у всіх основних розділах медицини, здатний надавати пацієнтам невідкладну допомогу, лікування та профілактичні заходи. Він виступає дорадником, консультантом та «адвокатом сім'ї», інтегратором проблем пацієнта та посередником між різнопрофільними спеціалістами і хворим.

Професійна підготовка сімейного лікаря передбачає знання в терапії, педіатрії, а також базові компетенції з неврології, офтальмології, хірургії, психіатрії та інших галузей медицини. Крім клінічних знань, сімейний лікар повинен орієнтуватися у медичній психології, законодавстві у сфері охорони здоров'я та соціальному захисті сімей. Реалізація цих завдань потребує формування особливої професійної філософії сімейного лікаря, що поєднує комплексний підхід до здоров'я пацієнта та його соціального контексту.

Філософія сімейного лікаря

- Філософія сімейного лікаря передбачає тривалий та безперервний контакт із пацієнтами, що дозволяє враховувати особливості їхнього життя, сімейного та соціального оточення, а також медичні, психологічні та соціальні фактори, які впливають на стан здоров'я, та сприяє формуванню довірчих взаємовідносин.
- Філософія сімейного лікаря полягає у сприйнятті пацієнта як надійного партнера, з яким розділяється спільна відповідальність за результати лікування.
- Філософія сімейного лікаря включає активну зацікавленість у підтриманні здоров'я пацієнта. Для запобігання розвитку захворювань лікар первинної медико-санітарної допомоги здійснює комплексну профілактику, моніторинг стану здоров'я, пропагує здоровий спосіб життя, контролює регулярність медичних оглядів та виконання календаря щеплень.
- Взаємовідносини сімейного лікаря з родиною відрізняються від епізодичних контактів із вузькопрофільними спеціалістами. Доведено, що правильна орієнтація сімейного лікаря на потреби родини сприяє покращенню

результатів лікування, що обумовлює його ключову роль у сучасній системі охорони здоров'я в умовах реформування.

Моделі роботи сімейного лікаря:

- **Індивідуальна практика** передбачає автономну діяльність лікаря загальної практики, включно з управлінням клінічною роботою, фінансами, маркетинговими стратегіями та визначенням пріоритетів розвитку. Така форма організації діяльності поширена в країнах з високим рівнем доходу на душу населення, зокрема в Австрії, Бельгії, Данії та США.
- **Групова практика** передбачає об'єднання трьох–семи сімейних лікарів для колективного надання медичної допомоги. Ця модель широко використовується у Великобританії та США. Основна мета групової практики — раціоналізація фінансових ресурсів, що дозволяє спільно закуповувати обладнання (наприклад, один ультразвуковий апарат на всю групу), залучати спільний медичний персонал (медичних сестер, адміністраторів) та використовувати кабінети у змінному режимі, що знижує витрати на оренду та комунальні платежі. Крім того, групова практика забезпечує взаємозамінність лікарів і покращує безперервність медичного обслуговування.
- **Багатопрофільні центри здоров'я** є організаційною моделлю, що базується на інтеграції кількох групових практик у межах одного закладу з метою розширення спектру надання медичних послуг та оптимізації витрат. Такі центри поширені у Швеції, Данії, Норвегії, Фінляндії та Ізраїлі. До недоліків цієї моделі належать збільшення радіусу обслуговування та відповідно часу і транспортних витрат пацієнтів. Водночас об'єднання фінансових ресурсів лікарів дозволяє залучати необхідний персонал, вузькопрофільних консультантів та створювати потужні діагностичні відділення.

Який варіант був би ідеальним для України?

У світі не існує єдиної універсальної моделі організації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). На Алматинській конференції Всесвітньої організації охорони здоров'я було проведено аналіз і узагальнення найкращого міжнародного досвіду, що дозволило визначити основні напрями (mainstream) розвитку ПМСД. На їх основі можуть формуватися різні моделі первинної допомоги, які відрізняються між собою залежно від національних особливостей, але водночас мають відповідати певним загальним вимогам щодо організації та якості послуг.

Незважаючи на проголошення Україною європейського вектора розвитку охорони здоров'я, у країні досі зберігається «унікальний» формат функціонування лікаря первинної ланки, який лише зовні нагадує міжнародні моделі, але за суттю не відповідає їхнім стандартам.

Первинна медична допомога повинна бути повністю доступною та універсальною, що забезпечує надання висококваліфікованих медичних послуг безпосередньо кожній сім'ї та окремій особі за місцем їхнього проживання або перебування.

Що входить обов'язків сімейного лікаря, закріплених на законодавчому рівні?

1. Безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам.

2. Формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів.

3. Надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані.

4. Направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

5. Координація роботи з іншими ланками медичної допомоги.

6. Ведення пацієнтів, що хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства.

7. Здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства.

8. Консультування щодо здорового способу життя.

9. Проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань.

10. Оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики. Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям.

11. Інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми.

12. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю.

13. Здійснення медичного догляду за здоровою дитиною.

14. Ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста.

15. Надання паліативної допомоги, що охоплює:

- оцінку ступеню болю;
- призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

- лікування больового синдрому;
- оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства.

16. Координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу.

17. Проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів.

18. Призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства.

19. Підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію.

20. Оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

Перелік послуг сімейного лікаря наведено на рис. 1.17.

Важливо, що з розвитком загальної медичної практики створюються реальні умови для впровадження профілактики у життя суспільства.

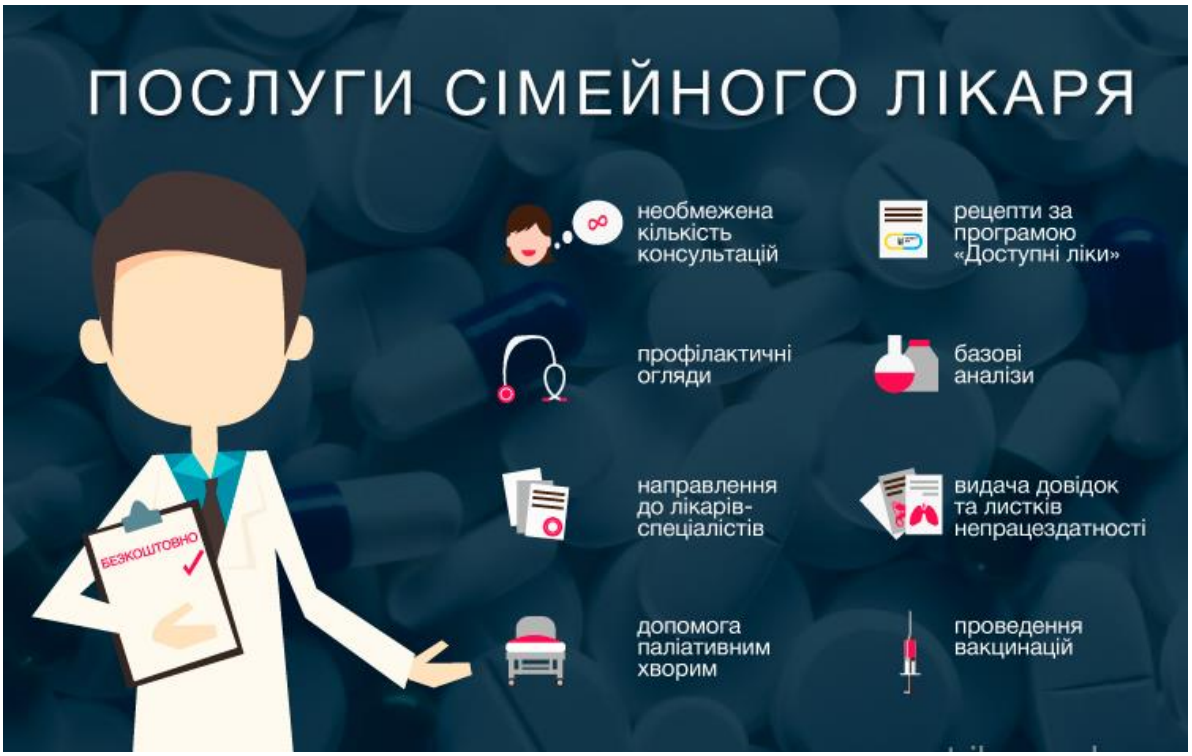


Рис.1.17. Послуги сімейного лікаря

Джерело зображення: https://emed.library.gov.ua/

Особливості спілкування сімейного лікаря з пацієнтом та його родиною

Професіоналізм лікаря визначається не лише глибокими знаннями етіології та патогенезу захворювань, методів їх діагностики та лікування, але й здатністю до ефективної комунікації, тобто вмінням консультувати, навчати та надавати рекомендації. Комунікативна компетентність лікаря визначає характер взаємодії з пацієнтом: лише здобувши його довіру, можна отримати детальний анамнез, чітко пояснити очікувані дії пацієнта під час лікування та забезпечити дотримання терапевтичних рекомендацій. Досвідчений спеціаліст формулює свої пояснення доступною мовою, мінімізуючи виникнення тривоги та зберігаючи надію пацієнта на одужання.

До ключових особистісних та професійних якостей лікаря належать: здатність до емпатії, уважність, шанобливе ставлення до пацієнта, відповідальність, компетентність, дотримання лікарської таємниці, чуйність, проникливість та сумлінність.

Рівень комунікаційної компетентності лікаря впливає на:
– ефективність профілактичних заходів та навчання населення здоровому способу життя;
– формування та підтримку мотивації пацієнтів у збереженні власного здоров'я;
– результативність лікувально-діагностичних та реабілітаційних втручань;
– успішність створення взаємовигідного соціального партнерства у моделі «лікар–пацієнт»;
– розробку стратегій взаємодії з населенням та вплив на громадську думку, що у сукупності сприяє підвищенню якості життя суспільства.

Налагодження психологічного контакту з пацієнтом дозволяє точніше збирати анамнез та отримати більш повне уявлення про його стан і захворювання. Комунікативна компетентність забезпечує взаєморозуміння, довіру та підвищує ефективність медичних втручань. Пацієнт, який довіряє лікарю, ймовірніше дотримуватиметься призначень, пройде всі необхідні діагностичні та терапевтичні процедури. У разі відсутності психологічного контакту пацієнт може не виконувати рекомендації, звертатися до інших лікарів або альтернативних методів лікування, що негативно впливає на результати медичної допомоги.

Емоційна співучасть лікаря сприяє встановленню психологічного контакту з пацієнтом, що дозволяє отримати більш повну та достовірну інформацію про його стан, вселити впевненість у професійній компетентності

медичного працівника та адекватності лікувально-діагностичних заходів, а також підтримати віру пацієнта у процес одужання. Емпатичні якості лікаря особливо важливі у випадках невідповідності між суб'єктивними ознаками, що повідомляє пацієнт, та об'єктивною клінічною картиною захворювання, таких як аггравація, дисимуляція, анозогнозія або симулятивна поведінка.

Сімейні лікарі та медсестри, надаючи медичну допомогу кільком поколінням пацієнтів однієї родини, неминуче стають свідками внутрішніх проблем сім'ї та тісно взаємодіють із ними. Ставлення сім'ї до здоров'я її членів, вплив екологічних чинників, фізичної активності, особливостей харчування та шкідливих звичок потребує постійного моніторингу з боку медичного працівника, який має передбачати як очікувані, так і потенційні ризики для здоров'я кожного члена родини.

Бесіди лікаря з родичами пацієнта повинні бути організовані так, щоб родичі отримали повну інформацію про стан хворого, одночасно зберігаючи навіть мінімальну надію на сприятливий результат, наприклад, на випадковість лікарської помилки, яка не є передбачуваною. У таких ситуаціях доцільною є стратегія «просування через малі перемоги», що передбачає поступове ознайомлення близьких з клінічним станом пацієнта, особливо якщо є достатньо часу для такої методики.

У випадках, коли пацієнт не здатний надати повну інформацію (наприклад, про перебіг судомного нападу), або надає лише часткові відомості, лікареві слід залучати додаткові джерела інформації, наприклад родичів або близьких осіб. Інші джерела можуть надати важливі та несподівані дані, які уточнюють клінічну картину. Наприклад, члени сім'ї можуть повідомити про конфліктну атмосферу в родині, ознаки депресії або алкогольної залежності, що пацієнт може заперечувати. У разі виявлення таких розбіжностей лікар повинен зібрати додаткові підтверджувальні відомості від інших осіб.

Запитуючи інформацію у третіх осіб, необхідно отримати на це згоду пацієнта та запевнити його у збереженні конфіденційності отриманих даних. Лікар, який отримує інформацію від інших джерел, зобов'язаний також забезпечити її конфіденційність відповідно до етичних та правових норм медичної практики.

Під час спілкування з родичами або близькими пацієнта лікар повинен дотримуватися тих самих принципів опитування, що й при роботі безпосередньо з пацієнтом. Для цього оптимально обирати спокійне та приватне місце для бесіди. Лікар має представитися, чітко окреслити мету

розмови та з’ясувати, що турбує пацієнта, як він або його близькі почуваються у сформованих обставинах. Аналізуючи інформацію, що надається родичами, важливо враховувати характер їхніх взаємин із пацієнтом, оскільки це сприяє оцінці достовірності даних і формуванню адекватного плану лікування.

У деяких випадках родичі або друзі наполягають на присутності під час опитування або медичного огляду. Якщо пацієнт не здатний самостійно надати необхідну інформацію, присутність поінформованої особи є доцільною. Водночас, якщо пацієнт здатний на будь-яку форму комунікації, наприклад через міміку чи жести, важливо забезпечити йому цю можливість із дотриманням конфіденційності. Практично ефективним є поділ опитування на два етапи: індивідуальна бесіда з пацієнтом та спільне опитування з участю пацієнта й іншої особи.

Дослідження проблем професійної етики, її специфіки дозволяє переходити від загальних принципів до індивідуальних аспектів діяльності, що сприяє глибшому розумінню моралі та її практичної реалізації. У рамках професійної етики можна простежити взаємозв’язки між конкретними видами діяльності, психологічними та етичними чинниками, а також поєднанням суспільних і особистісних інтересів.

З огляду на це, необхідно чітко розрізняти та поглиблювати поняття лікарської моралі, лікарської етики та деонтології, оскільки кожне з них визначає специфічні аспекти професійної поведінки медичного працівника.

Лікарська мораль - це система норм і вимог до поведінки і морального обличчя лікаря і всього медичного персоналу, а також моральні почуття, які реалізуються у безпосередній діяльності в процесі праці. **Мораль регулює ставлення лікаря до хворого,** до здорової людини, до колег лікаря, до суспільства і держави.

Сімейний контекст має суттєве значення для перебігу та формування захворювання. За наявності в родині фрустрованих потреб або нереалізованих бажань окремих її членів хвороба може виникати й розвиватися на психологічно «сприятливому ґрунті». У такому випадку вона набуває неусвідомленого психологічного змісту та виконує функцію умовної вторинної вигоди для сімейної системи, слугуючи механізмом підтримання сімейної рівноваги та зниження внутрішньородинної напруги.

Так, у разі захворювання дитини на екзему в сім’ї з конфліктними взаєминами між родичами хвороба може виконувати об’єднавчу функцію. Члени сім’ї мобілізуються навколо лікування та догляду за дитиною, що тимчасово нівелює міжособистісні конфлікти. Хвора дитина отримує

підвищену увагу, формується ідентифікація з роллю тяжкохворої особи, зростає потреба в постійній опіці та допомозі. За таких умов можливий розвиток гіперсоматонозогнозії, що ускладнює лікувальний процес і може сприяти хронізації захворювання, зокрема переходу екземи в нейродерміт. У подібних випадках важливим терапевтичним чинником є гармонізація сімейних взаємин.

Міжособистісна взаємодія між лікарем і родичами пацієнта повинна будуватися на засадах практичної взаємодовіри. Довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до власної поведінки та ґрунтується на переконанні в її професійній доброчесності, сумлінності та чесності. Вона є необхідним компонентом функціонування будь-якої соціальної групи, об'єднаної спільною діяльністю та цілями. У контексті взаємин між лікарем і пацієнтом такою спільною метою є досягнення позитивних результатів лікування.

Але щоб завоювати довіру родичів пацієнта та самого пацієнта, лікарю недостатньо бути просто фахівцем, потрібно вміти розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Одначе це вдається не завжди: в одних випадках, і вони переважають, лікар може завоювати довіру з першого знайомства, а в інших - ніколи.

Упродовж усього історичного розвитку медицини ключовим чинником взаємовідносин між лікарем, пацієнтом і його родичами була й залишається довіра. Якщо в традиційній медичній моделі вона передбачала домінантну роль лікаря та його виключне право на прийняття клінічних рішень, то сучасний підхід ґрунтується на принципах партнерської взаємодії та творчої співпраці. Така модель допускає обговорення невизначеності результатів лікування й прогнозу захворювання, а також передбачає надання пацієнтові та його родичам правдивої інформації щодо тяжкості хвороби. Сукупність цих положень визначає сучасне розуміння проблеми взаємин між лікарем і пацієнтом.

Чим більшою мірою зазначені стосунки базуються на довірі, тим ефективніше вони виконують функцію емоційної підтримки, забезпечують прояви співчуття та емпатії і тим вищою є їхня морально-етична цінність. Відкритість у комунікації між лікарем, пацієнтом і його родичами створює умови для розв'язання широкого спектра питань — від діагностичного пошуку до обговорення особистісно значущих та інтимних аспектів захворювання.

Взаємодія лікаря з родичами хворого не обмежується інформативним обміном, а є невід'ємною складовою лікувального процесу.

У практичній діяльності лікаря нерідко виникають суперечності між утилітарною етикою, орієнтованою на оцінку наслідків медичних втручань, і деонтологічною етикою, яка передбачає дотримання загальновизнаних моральних принципів незалежно від результату. До таких принципів належать чесність, професійна відповідальність, вірність лікарському обов'язку та положенням клятви Гіппократа, а також повага до прав і гідності людини.

Усе розмаїття підходів до співробітництва лікаря та родичів хворого складається із таких головних компонентів:

а) підтримки;

б) розуміння;

в) поваги;

г) співчуття;

д) можливої співпраці.

1.5. ПСИХОГЕННІ, ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Медицина давно й міцно злилася з вимогами морально-етичного обов`язку – безкорисливо служити людям. Такі філософсько-моральні вимоги отримали закріплення у деонтології (грец. deontos – належне та logos – вчення) – специфічній лікарській моралі, де викладені суспільні вимоги до всіх медичних працівників.

Медична деонтологія постає як своєрідна філософія професійної медичної діяльності, що охоплює систему уявлень про нормативні принципи поведінки медичного персоналу під час виконання фахових обов'язків. Вона спрямована на створення оптимальних умов для підвищення ефективності лікування пацієнтів і запобігання негативним наслідкам недостатньо якісної або неетичної медичної практики. Водночас зберігають свою актуальність три базові принципи медицини, які мають фундаментальне значення для клінічної діяльності.

Перший принцип полягає в тому, що об'єктом лікування є не лише захворювання як нозологічна одиниця, а передусім пацієнт як цілісна особистість. Другий принцип визначає медицину як науку про людину, що зумовлює необхідність постійного професійного та наукового вдосконалення лікаря. Третій принцип передбачає професійну відданість лікаря обраній справі та творчий підхід до лікування, яке розглядається як поєднання наукового знання й мистецтва.

Комунікація є важливою складовою життєдіяльності кожної людини, однак для пацієнта, особливо за умов тривалого захворювання, вона набуває особливого значення. Хронічний перебіг хвороби може зумовлювати трансформацію світосприйняття, емоційних переживань, міжособистісних стосунків і ставлення до реальності. У цьому контексті гуманістична місія лікаря полягає у формуванні довірливої, доброзичливої та психологічно комфортної атмосфери, що забезпечує можливість надання індивідуалізованої медичної допомоги та сприяє ефективному одужанню пацієнта.

Сімейний лікар у процесі збору скарг і анамнезу повинен розглядати звернення пацієнта не лише з позицій медичної симптоматики, а й з урахуванням психологічних і соціальних чинників виникнення та перебігу захворювання. Пацієнт при цьому постає як цілісна особистість з притаманними йому індивідуально-типологічними характеристиками, такими як тип темпераменту, рівень працездатності та актуальний психоемоційний стан. У зв’язку з цим принципово важливим і необхідним елементом взаємодії між лікарем і пацієнтом є утвердження довірливих, партнерських взаємовідносин.

Основні характеристики сімейного лікаря наведено на рис. 1.18.



Рис.1.18. Основні характеристики сімейного лікаря

Джерело зображення: https://likar.center/

Визначальним аспектом взаємодії між пацієнтом і сімейним лікарем є обізнаність лікаря з індивідуально-психологічними характеристиками

особистості пацієнта, зокрема з типом темпераменту, рівнем і типом працездатності, професійною спрямованістю, а також особливостями соціально-психологічного мікроклімату в колективі (навчальній групі, трудовому підрозділі, науковій лабораторії тощо). Особи з вираженою орієнтацією на професійну реалізацію та кар'єрне зростання зазвичай характеризуються високим рівнем амбіційності й внутрішньої напруженості, що підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії та інфаркту міокарда.

Умови хронічного психоемоційного напруження, притаманні сучасному ритму життя, зумовлюють появу таких симптомів, як серцебиття, біль у ділянці грудної клітки, задишка, тоді як наслідками травматичного стресу можуть бути порушення сну, підвищена тривожність, психічний дискомфорт і труднощі в міжособистісній взаємодії. У зв'язку з цим саме сімейний лікар має поінформувати пацієнта про негативний вплив на здоров'я постійного суперництва, стресу, фізичного та розумового перенавантаження, а також шкідливих звичок — паління, вживання алкоголю та психоактивних речовин, які часто помилково розглядаються як засоби зняття напруги та подолання життєвих труднощів.

За умови неможливості повного дотримання рекомендацій щодо зміни способу життя доцільним є застосування альтернативних психогігієнічних заходів, зокрема аутогенного тренування, регулярної фізичної активності, занять спортом, виконання ранкової гімнастики, а також організації відпочинку на природі в колі родини та близьких осіб. З огляду на зростання поширеності психосоматичних розладів особливої значущості набуває соціальна інтеграція травмованої особи, розвиток психічної та біосоціальної культури як складових загальнолюдської культури.

У цьому контексті сімейний лікар виконує не лише лікувальну, а й психотерапевтичну, консультативну та просвітницьку функції, спрямовуючи когнітивну й емоційну активність пацієнта в конструктивному, терапевтично доцільному напрямі. Такий підхід запобігає ізоляції пацієнта та зменшує інтенсивність його страхів, тривог і внутрішніх переживань. Відомо, що соматичне захворювання здатне змінювати зміст, структуру та якісні характеристики мислення, тоді як патологічно трансформовані когнітивні процеси можуть, у свою чергу, впливати на перебіг хвороби та модифікувати її симптоматику. Зокрема, у осіб з істероїдними рисами особистості афективно забарвлене мислення може зумовлювати виникнення істероформних

функціональних розладів, таких як відчуття «клубка» в горлі або напади психогенної задухи.

У процесі спілкування з пацієнтом і пояснення сутності захворювання та необхідності лікування сімейному лікарю доцільно враховувати рівень інтелектуального розвитку хворого, його життєвий досвід, світоглядні орієнтації та вікові особливості. Неприпустимими є як замикання пацієнта у власних переживаннях, так і формальне або зневажливе ставлення до лікаря як до особистості та фахівця. Захворювання істотно впливає на особистісну структуру пацієнта, оскільки будь-який фізіологічний стан позначається на емоційній, вольовій та мотиваційній сферах людини.

Темперамент і характер є фундаментальними основами особистості. Сила і швидкість психічних процесів, ступінь емоційної збудливості є генетично детермінованими і виражаються у темпераменті. Так, у людей із слабким і сильним неврівноваженим типом нервової системи часто виникають психологічні «зриви». Ось чому у меланхоліків і холериків легше виникають і важче перебігають захворювання. Тому під час профілактики і лікування хвороб сімейному лікарю необхідно враховувати особливості типів нервової системи. Сімейному лікарю потрібно також ретельно підбирати дози ліків, оскільки вони мають бути різними для хворих із сильним і слабким типами нервової системи. Зокрема, середні дози седативних препаратів і транквілізаторів є високими для меланхоліка і замість седативного ефекту викликають посилення збудження. Якщо середня доза ліків для меланхоліків є неефективною, її необхідно зменшувати. Сімейному лікарю варто враховувати і те, що холерики часто бувають непередбачуваними у своїх діях, нестриманими, можуть бурхливо реагувати на різноманітні неприємності, що пов’язані із хворобою, а флегматики важко пристосовуються до нової обстановки, тому їх не бажано переводити, наприклад, до іншої палати. У процесі відволікаючої трудотерапії сангвінікам не рекомендується підбирати одноманітну діяльність.

Вирішення медико-соціальних проблем родини

Аналіз наукових джерел, міжнародного та національного досвіду, чинної нормативно-правової бази, тенденцій розвитку медико-демографічної ситуації в Україні, а також медико-статистичних матеріалів і звітів Міністерства охорони здоров’я України та регіональних органів управління охороною здоров’я свідчить про інтенсивне старіння населення, зростання захворюваності й смертності від злоякісних новоутворень і хронічних

неінфекційних хвороб, а також про недостатній рівень доступності паліативної та хоспісної допомоги для населення.

Україна належить до групи так званих «найстаріших» країн світу, посідаючи 11-те місце за часткою осіб віком понад 65 років у загальній структурі населення. За даними Інституту геронтології НАМН України (2012), частка осіб пенсійного віку (60 років і старші) становить 20,3 % населення країни з тенденцією до подальшого зростання. Збільшення питомої ваги осіб літнього та старечого віку формує серйозні виклики для системи громадського здоров'я та соціального захисту, оскільки супроводжується зростанням поширеності тяжких хронічних захворювань, характерних для старших вікових груп, зокрема серцевої та дихальної недостатності, цереброваскулярної і нейродегенеративної патології, складних уражень опорно-рухового апарату, злоякісних новоутворень, психічних і поведінкових розладів, а також підвищенням ризику падінь і травматизму.

Унаслідок фізичних і психічних порушень здоров'я, обмеження рухової активності, швидкої втомлюваності та загальної слабкості люди похилого віку частково або повністю втрачають здатність до самостійного життя, що зумовлює потребу в особливих формах довготривалої допомоги, яка включає не лише медичний супровід, а й соціальну та психологічну підтримку. Зазначені процеси спричиняють додаткове навантаження як на систему охорони здоров'я, так і на систему соціального забезпечення. Водночас проблему ускладнює низка супутніх чинників, серед яких важливе місце посідає зростання кількості самотніх осіб похилого віку. Так, в Україні їх чисельність становить близько 3 млн осіб, що відповідає кожному п'ятому пенсіонеру.

Окрім демографічного старіння, у сучасному світі загалом і в Україні зокрема спостерігається зростання поширеності соціально значущих невиліковних захворювань серед осіб працездатного віку. Це підкреслює вагоме соціально-економічне значення проблеми, зумовлене значними витратами на дороговартісне тривале лікування, державну соціальну підтримку хворих і їхніх родин, а також суттєвими макроекономічними втратами, пов'язаними з інвалідизацією та передчасною смертністю.

Турбує безпрецедентне поширення ВІЛ/СНІДу та асоційованих з ним мультирезистентних форм туберкульозу, рівні та темпи приросту яких, зокрема в Україні, є одними із найнесприятливіших у Європейському регіоні.

Таким чином, у всіх соціально-демографічних групах населення спостерігається зростання тягаря невиліковних захворювань із хронічним

прогресуючим перебігом, які нерідко призводять до розвитку тяжких клінічних станів і супроводжуються суттєвими порушеннями базових фізичних, психологічних та соціальних функцій. Пацієнти з такими захворюваннями, незалежно від віку, статі чи нозологічної форми, зазнають численних, інтенсивних суб'єктивних страждань і значних функціональних обмежень. Відповідно до даних вітчизняних і зарубіжних епідеміологічних досліджень, попри клінічну специфіку окремих захворювань, у термінальному періоді життя формується відносно уніфікований симптомокомплекс, спільний для різних нозологій. Зокрема, близько 80 % пацієнтів (від 45 % до 100 % за результатами окремих досліджень) страждають від інтенсивного больового синдрому, вираженої астенії, порушень функцій сечовидільної та травної систем, значна частина з них є малорухомими або прикута до ліжка і втрачає здатність до самообслуговування.

Поряд із соматичними проявами, у більшості тяжкохворих і інкурабельних пацієнтів (приблизно у 60 %) відзначаються симптоми гострої психологічної кризи, зокрема відчай, гнів, туга, клінічно значущі прояви депресії та страху, які часто посилюються внаслідок соціальної ізоляції, стигматизації та фінансових труднощів. У зв'язку з цим поява в сім'ї особи з тяжким або невиліковним захворюванням супроводжується формуванням складного комплексу психосоціальних проблем. Серед них — почуття провини щодо хворого, прояви агресії, спрямовані на медичних працівників або державні інституції, депресивні реакції, пов'язані з очікуваною або реальною втратою близької людини, канцерофобія, суїцидальні думки, зумовлені страхом і переживанням самотності, а також ризик втрати зайнятості.

Окрім емоційного навантаження, на близьких і родичів пацієнта в більшості випадків покладається повний обсяг повсякденного догляду, який включає забезпечення особистої гігієни, допомогу при прийомі їжі, одяганні та здійсненні фізіологічних потреб, а також виконання фізично складних маніпуляцій, таких як піднімання й переміщення хворого. Тривале виконання таких психологічно та фізично виснажливих обов'язків може призводити до суттєвого обмеження життєвих можливостей доглядальників, формування амбівалентних емоційних реакцій на зміну особистісних характеристик і поведінки хворого, виснаження матеріальних ресурсів та зростання соціальної нерівності. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, догляд за тяжкохворими родичами є формою неоплачуваної праці без належної підтримки, яка може мати несприятливі наслідки для фізичного та психічного

здоров’я, добробуту і матеріального становища осіб, що її здійснюють; зокрема, після смерті пацієнта рівень захворюваності й смертності серед його близьких зростає до 40 %.

Саме для таких пацієнтів і їхніх родин у багатьох країнах світу сімейні лікарі забезпечують доступ до служб паліативної та хоспісної допомоги, основним завданням яких є комплексне вирішення фізичних, психосоціальних і духовних проблем, що супроводжують невиліковне захворювання.

Паліативна допомога розглядається як комплексний мультидисциплінарний і міжсекторальний підхід, спрямований на досягнення максимально можливої якості життя пацієнтів із прогресуючими інкурабельними захворюваннями та обмеженим прогнозом життя, а також членів їхніх родин. Це досягається шляхом раннього виявлення й адекватної оцінки проблем, своєчасного лікування больового синдрому та інших тяжких порушень життєдіяльності, надання психологічної, соціальної підтримки та духовного супроводу. У системі надання паліативної допомоги ключова роль належить сімейному лікарю.

Медична допомога, яку надає сімейний лікар особам із підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, а також людям, які живуть з ВІЛ, включає комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів. У межах своєї професійної компетенції та функціональних обов’язків сімейний лікар фактично здійснює також інформаційну, соціальну, соціально-медичну, юридичну та психологічну підтримку, хоча формально ці види діяльності не завжди чітко окреслені в нормативному переліку його посадових функцій.

До **діагностичних процедур** відносяться:

• проведення за медичними показаннями скринінгових тестів, лабораторних і інструментальних (функціональних) досліджень у межах, визначених Протоколами (на робочому місці за наявності відповідного оснащення або шляхом скерування в КДЦ);

• експертиза тимчасової непрацездатності хворих з видачею і продовженням листка про тимчасову непрацездатність.

Лікувальні процедури включають:

• невідкладну допомогу до виходу пацієнта із критичного стану і/або прибуття бригади швидкої медичної допомоги;

• призначення пацієнтові лікарських засобів за медичними показаннями;

• хірургічні операції, які не потребують госпіталізації;

• лікувальні маніпуляції;

• виписку рецептів, у тому числі на безкоштовне/пільгове лікарське забезпечення;

• стаціонарно-замінну медичну допомогу хворим, яка не потребує цілодобового медичного нагляду і лікування;

• забезпечення дотримання принципів раціональної фармакотерапії;

• визначення побічної дії лікарських засобів і своєчасне повідомлення про них (Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду» від 27.12.2006 р. (в редакції від 26.09.2016 № 996); зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 грудня 2016 р. за №649/29779);

• організацію та надання паліативної допомоги із забезпеченням ефективного знеболення (в т.ч. виписування рецептів на контрольовані знеболюючі засоби).

До **профілактичних заходів** у діяльності сімейного лікаря належить комплекс організаційних, медичних та освітніх дій, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я населення. Зокрема, це проведення профілактичних оглядів визначених контингентів населення як самостійно, так і у взаємодії з лікарями-спеціалістами; диспансерне спостереження за окремими групами пацієнтів із хронічними захворюваннями; здійснення профілактичних медичних втручань, спрямованих на запобігання захворюванням, що становлять небезпеку для оточуючих, а також професійним хворобам, у співпраці зі службами громадського здоров'я.

Важливе місце займають заходи з формування здорового способу життя, включно з профілактикою поведінкових факторів ризику розвитку основних неінфекційних захворювань, проведення скринінгових обстежень населення з метою раннього виявлення патологічних станів, а також організація та реалізація імунопрофілактики для запобігання інфекційним хворобам.

Інформаційно-просвітницька діяльність сімейного лікаря охоплює поширення знань щодо здорового способу життя та профілактики захворювань серед різних груп населення шляхом проведення лекцій, підготовки публікацій, участі у виступах на радіо й телебаченні, а також здійснення індивідуальних і групових консультацій. Окремим напрямом є популяризація медичних знань, зокрема з питань попередження захворювань та їх ускладнень, а також навчання населення навичкам надання долікарської невідкладної допомоги, включаючи самодопомогу та взаємодопомогу.

1.6. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА БІОСТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Епідеміологія є галуззю медичної науки, що досліджує закономірності виникнення, поширення та динаміки захворювань різної етіології з метою наукового обґрунтування та формування національної й міжнародної політики у сфері охорони здоров'я. На сучасному етапі епідеміологічні дослідження охоплюють не лише побудову математичних моделей розвитку та поширення захворювань, але й розробку та впровадження профілактичних заходів, спрямованих на зниження захворюваності як на інфекційні, так і на неінфекційні хвороби. У цьому контексті роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря є ключовою та реалізується через два основні напрями епідеміологічної діяльності: участь у формуванні статистичних моделей поширеності захворювань на визначеній території та впровадження сучасних профілактичних заходів серед населення.

Сімейний лікар, як провідна ланка первинної медичної допомоги, зазвичай є першим фахівцем, який контактує з пацієнтом на ранніх етапах захворювання. У разі виникнення епідеміологічної загрози саме він відіграє визначальну роль у реалізації основних заходів з локалізації та ліквідації осередку інфекції. Передусім лікар визначає тактику ведення пацієнта та оптимальний маршрут надання медичної допомоги, що може включати госпіталізацію до профільного закладу охорони здоров'я або організацію ізоляції в домашніх умовах.

Крім того, сімейний лікар розробляє та координує план діагностичних, профілактичних і лікувальних заходів щодо контактних осіб, які перебували з хворим у спільному просторі протягом тривалого часу, зокрема членів сім'ї та трудового колективу. Важливим компонентом його діяльності є контроль за дотриманням ізоляційних та режимно-обмежувальних заходів до повної ліквідації епідемічної загрози. Реалізація зазначених заходів сприяє зниженню рівня інвалідизації та смертності серед населення навіть за умов поширення високовірулентних і агресивних інфекційних захворювань.

У разі захворювання великої кількості населення різного віку та статі, сімейний лікар має працювати з надзвичайно великим об'ємом інформації. Правильне розуміння та інтерпретація понять математичної статистики, що використовуються при аналізі отриманих даних, важливі для прийняття вірного рішення. Статистичні методи дозволяють звузити інтервал невизначеності під час прийняття рішень. Некоректне застосування

статистичних методів призводить до хибних висновків та інтерпретації отриманих даних. Для того, щоб уникнути помилок під час обробки даних, необхідно добре орієнтуватися в тих статистичних методах, які застосовуються для обробки даних.

Загальна організація медичної та державної статистики в Україні наведена на рис. нижче.



Рис.1.19. Загальна організація медичної та державної статистики в Україні
Джерело зображення: https://umj.com.ua/uk/novyna

Застосування біостатистичних методів є можливим як на рівні популяційних досліджень, так і в межах аналізу окремих клінічних випадків. Саме біостатистика становить методологічну основу доказової медицини, яка символізує якісно новий етап розвитку медичної науки у XXI столітті. При цьому лікар загальної практики — сімейний лікар відіграє провідну роль як основне джерело первинних медичних даних, необхідних для формування математичних баз, статистичних масивів і прогностичних моделей.

Аналіз і кількісна оцінка факторів ризику, прогнозування рівнів захворюваності та смертності, обґрунтований вибір лікувальної тактики, а також оцінка ефективності клінічних рішень у різних умовах створюють надійне підґрунтя для своєчасного виявлення загроз і запобігання масштабним

епідеміологічним ускладненням. Це стосується як інфекційних, так і неінфекційних захворювань, підкреслюючи значущість біостатистики як інструменту стратегічного планування та управління у сфері охорони здоров'я.

1.7. АВТОМАТИЗОВАНІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПМСД. АВТОМАТИЗОВАНІ СИСТЕМИ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ. АВТОМАТИЗОВАНІ СИСТЕМИ АНАЛІЗУ РЕЗУЛЬТАТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. eHealth – ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Традиційна модель інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я передбачає формування кожним лікувально-профілактичним закладом власних медичних баз даних і розробку відповідного програмного забезпечення з урахуванням його функціональних особливостей. Водночас сучасним вимогам більшою мірою відповідає створення персоніфікованих медичних баз даних населення окремих адміністративно-територіальних одиниць (міста, району), які формуються на рівні амбулаторій сімейної медицини. У таких базах протягом усього життя кожного мешканця накопичується медична, статистична та медико-економічна інформація.

У цьому контексті сімейний лікар, як фахівець першого контакту, має низку організаційних і інформаційних переваг, оскільки володіє достовірними даними щодо демографічного руху населення на закріпленій території (прибуття, вибуття, смертність). Крім того, саме сімейний лікар формує індивідуальні маршрути обстеження й лікування пацієнтів, що забезпечує його безпосередню участь у плануванні обсягів медичної допомоги та раціональному розподілі фінансових ресурсів, пов'язаних із її наданням.

Первинні персоніфіковані відомості про населення під час формування баз даних вносяться через автоматизоване робоче місце сімейного лікаря, доступ до якого може мати й інший медичний персонал амбулаторії сімейної медицини. При цьому необхідно передбачити можливість оперативного внесення інформації про осіб, які прибули, видалення даних про вибулих і померлих, а також коригування окремих параметрів, зокрема прізвища, місця проживання та інших ідентифікаційних відомостей. Оновлення інформації є також обов'язковим у разі направлення пацієнтів на обстеження або лікування до інших закладів охорони здоров'я.

Слід зазначити, що під час первинного автоматизованого формування бази даних кожному жителю присвоюється унікальний символьно-цифровий ідентифікатор, а за наявності кількох автоматизованих робочих місць забезпечується функціонування локальної комп'ютерної мережі для інтеграції та синхронізації даних.

Бази даних окремих медичних дільниць при підсумовуванні дозволяють формувати єдиний реєстр населення адміністративної території (міста, району). Цю роботу виконує адміністратор інформаційної системи із використанням спеціально розроблених програмних інтерфейсів. За потреби можливий обмін іншими видами інформації з використанням електронної пошти або фізичних електронних носіїв.

Корисним є впровадження технологій та протоколів, що забезпечують обробку та передавання даних у первинні бази без необхідності розгортання комп'ютерної мережі в поліклініках. Подібні протоколи можуть застосовуватися і для обліку надання медичної допомоги пацієнтам у фельдшерсько-акушерських пунктах. Щомісячно зібрані дані передаються в амбулаторію сімейної медицини, де вони підлягають обробці та інтеграції в базу даних відповідної медичної дільниці.

Упровадження інформаційних технологій у загальну практику — сімейну медицину здійснюється на підставі Закону України «Про Національну програму інформатизації» від 4.02.1998 р. за № 74 та Наказу МОЗ України «Про галузеву систему наукової медичної інформації в єдиному інформаційному полі охорони здоров'я України» від 13.07.1998 р. за № 19.

Упровадження інформаційних технологій у галузь охорони здоров'я пов'язано, зокрема, з відпрацюванням взаємодії різних рівнів надання медичної допомоги.

Медичний кластер передбачає інтеграцію наявних обчислювальних ресурсів закладів охорони здоров'я відповідно до рівнів надання медичної допомоги та медичних послуг. Об'єднані ресурси функціонують як єдина уніфікована система для реалізації визначених завдань, зокрема підвищення ефективності лікувально-профілактичної діяльності, забезпечення фінансової прозорості та надійності, а також оптимізації адміністративних процесів. У межах медичного кластеру застосовується єдина система програмного забезпечення з визначеним протоколом взаємодії між компонентами.

Важливим етапом в інформаційному забезпеченні загальної практики — сімейної медицини є Наказ МОЗ України «Про затвердження концепції галузевої програми «Електронна система реєстрації та обміну медичною

інформацією між закладами, установами і організаціями охорони здоров'я» від 25.07.2008 р. за № 409.

Для сімейної медицини критично важливим є впровадження телекомунікаційного зв’язку та організованої системи протокольного супроводу пацієнта на різних рівнях надання медичної допомоги. Медичний кластер, як гнучка інформаційна система, здатен забезпечити технічні передумови для впровадження електронного паспорта пацієнта та розвитку телемедичних технологій.

Система охорони здоров’я України, зокрема первинна медична допомога (ПМСД), потребує створення сучасних управлінських систем, заснованих на високотехнологічному інформаційному забезпеченні. Основна мета таких систем – оцінювання ефективності використання ресурсів на всіх рівнях надання медичної допомоги та застосування не лише статистичних, а й медико-економічних показників для комплексного аналізу діяльності на трьох рівнях медичного обслуговування населення.

Крім того, створюється спеціалізоване автоматизоване робоче місце із відповідними протоколами для забезпечення персоніфікованого обліку невідкладних викликів, витрат на надання медичної допомоги та реєстрації статистичних діагнозів. Зібрана інформація інтегрується у бази даних амбулаторій сімейної медицини. Аналогічно формується реєстр населення для районних і міських санітарно-епідеміологічних установ, що є необхідним для планування імунізаційних заходів.

Первинна база даних концентрує медичну інформацію про пацієнта, яка вводиться помічниками сімейного лікаря під час прийому або надходить у вигляді виписок та консультативних висновків із амбулаторних та госпітальних закладів вторинного й третинного рівнів.

Окрім медичної інформації, у базу включається економічна складова (собівартість наданих послуг амбулаторним персоналом, проведених консультацій, випадків госпіталізації), що дозволяє здійснювати детальний медико-економічний аналіз і оцінювати ефективність використання ресурсів.

До сучасної комп'ютерної системи забезпечення діяльності сімейного лікаря мають бути підключені всі необхідні довідники, наприклад, довідник-класифікатор МКХ-10, довідники медичних послуг основного персоналу амбулаторій сімейної медицини (включно з довідниками процедур фельдшерів ФАПів, а також діагностичних, госпітальних процедур і процедур амбулаторної хірургії), довідник лікарських засобів із міжнародним класифікатором, тимчасові медико-соціальні нормативи (Наказ МОЗ України

«Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» від 05.05.2003 р. за № 191), довідник медичних закладів, персоналу та ін.

Сучасне комп'ютерне інформаційне забезпечення сімейної медицини створює умови для організованого надання медичної допомоги та інтеграції діяльності медичних закладів регіону у єдине медичне та фінансове середовище, що сприяє реалізації принципу економічної доцільності у медицині.

Для ефективного функціонування системи керованої медичної допомоги необхідні сучасні інформаційні та технологічні ресурси, а також створення єдиного інформаційного простору. Комп'ютерні системи дозволяють інтегрувати управління охороною здоров'я та здійснювати безперервний моніторинг показників діяльності.

Медична база даних амбулаторії сімейної медицини має бути персоніфікованою та містити максимально повний обсяг медичної інформації про пацієнта. Кожному пацієнту присвоюється унікальний персональний ідентифікатор. Дані, що включають статистичну, медичну, економічну та фінансову інформацію, передаються через модемний зв'язок до баз даних інших рівнів медичної системи. Амбулаторія сімейної медицини також приймає і обробляє дані, отримані з медичних баз вторинного та третинного рівнів. Для ефективного використання цієї інформації рекомендовано застосовувати локальні комп'ютерні мережі.

Незважаючи на наявність комп'ютерної техніки, широке впровадження інформаційних технологій у повсякденну медичну практику залишається обмеженим. На сучасному етапі управління первинною, вторинною та третинною ланками медичної допомоги за допомогою традиційних паперових записів є малоефективним.

Медичною інформаційною системою (МІС) називають комплекс методологічних підходів, технічних засобів та алгоритмів обробки інформації, призначений для збору, зберігання, обробки та передачі даних у лікувально-профілактичних закладах. МІС класифікують за рівнями функціональної складності:

1. **Перший рівень** – автоматизація основних медичних записів, включно з реєстрацією пацієнта, виписками, внутрішніми переведеннями, діагностичною інформацією, призначеннями та фінансовими операціями, що полегшує формування звітності.

2. **Другий рівень** – інтеграція даних з діагностичних приладів у вигляді друкованих матеріалів та результатів досліджень, які індексуються, скануються та зберігаються в електронному форматі.

3. **Третій рівень** – введення, обробка та зберігання інформації на робочих місцях із використанням електронного медичного запису, який активно підтримує прийняття клінічних рішень і інтеграцію з експертними системами, зокрема при встановленні діагнозу та підборі лікування.

4. **Четвертий рівень** – формування єдиної загальнодержавної або міжнародної системи ідентифікації пацієнтів, стандартизованої термінології, протоколів обстеження та лікування, структурованих даних та систем кодування.

5. **П’ятий рівень** – доступ до інформації з практично необмежених джерел, включно з нетрадиційною медициною та даними про поведінку пацієнта (тютюнопаління, фізична активність, профілактичне харчування), що забезпечує комплексний підхід до оцінки стану здоров’я та планування профілактичних заходів.

В інформаційній системі комп'ютерного забезпечення сімейної медицини важливим є *індивідуальний медичний електронний паспорт,* що містить дані з усіх джерел отримання інформації про здоров'я даного пацієнта. Оптимальним варіантом медичного електронного паспорта громадянина є розміщення його на спеціальному пристрої, що об'єднує флеш-пам'ять і контролер (16 ГБ інформації).

Зовнішній вигляд електронної медичної карти пацієнта наведено на рис. 1.20.



Рис.1.20. Зовнішній вигляд електронної медичної карти пацієнта
Джерело зображення: https://vikisoft.kiev.ua/

Упровадження медичного електронного паспорта пацієнта в сімейну медицину має наступні переваги:

- можливість об'єктивно спостерігати в динаміці структуру здоров'я населення з виділенням груп ризику та ідентифікацією їхнього місцезнаходження і професійної діяльності;
- покращення якості прийняття оперативних рішень при невідкладних станах у пацієнта;
- підвищення відповідальності медичних працівників, які надають невідкладну допомогу або медичні послуги;
- створення інформаційної бази даних для забезпечення юридичного захисту як пацієнта, так і лікаря;
- упровадження профілактичних оздоровчих заходів задля досягнення їхньої максимальної ефективності;
- упровадження ефективної системи взаєморозрахунків при наданні медичних послуг населенню, включаючи обслуговування через аптеки;
- реальна можливість знизити витрати на медичне обслуговування за рахунок вірогідності діагностичної інформації.

Термін «автоматизація лікувально-діагностичного процесу» точніше замінюється поняттям **«інформатизація»**, яке більш адекватно відображає суть цього процесу.

В автоматизованій інформаційній системі застосовується уніфікований нормативно-довідковий фонд, забезпечуючи можливість інтеграції та взаємодії з іншими автоматизованими системами.

Програмне забезпечення автоматизованого робочого місця сімейного лікаря повинно забезпечувати збір, зберігання, обробку та відображення широкого спектру спеціалізованої медичної інформації, що надходить з медичної апаратури, сумісної з комп’ютерами IBM (фотографії, рентгенівські знімки, УЗД, ЕКГ тощо).

Обмін інформацією між базами здійснюється на основі **клієнт-серверних технологій**, де сервер центру ПМСД виконує роль центрального вузла, а сервери сімейних амбулаторій функціонують як клієнти, забезпечуючи двосторонній обмін даними.

1.8. ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ЯК МЕТОДОЛОГІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Зі зростанням масиву людських знань закономірно підвищується потреба в їхньому поглибленні, систематизації та концентрації. У сфері охорони здоров'я сучасною відповіддю на цю потребу стала доказова медицина.

Доказова медицина являє собою комплекс методів збору, критичної оцінки та узагальнення наукової інформації, що забезпечує формування обґрунтованих клінічних рішень. Одним із ключових інструментів цього підходу виступає медична статистика.

Сімейний лікар як фахівець первинної ланки охорони здоров'я зіштовхується з широким спектром захворювань, різних за походженням та механізмами розвитку. Використання стандартизованих клінічних протоколів, алгоритмів і настанов не лише підвищує якість медичної допомоги, а й оптимізує процес клінічного мислення та пришвидшує ухвалення рішень. Це особливо важливо, адже скорочення інтервалу між появою перших симптомів і початком терапії є визначальним чинником швидкого одужання та ефективної реабілітації пацієнта.

З економічної точки зору впровадження принципів доказової медицини на рівні первинної медичної допомоги сприяє значному зменшенню витрат на лікування. Це досягається шляхом уникнення поліпрагмазії та відмови від малоефективних або недостатньо інформативних діагностичних методів. Таким чином, лікар, який застосовує клінічно перевірені схеми лікування, може очікувати прогнозований та науково підтверджений результат.

Важливо усвідомлювати, що доказова медицина не нівелює ролі клінічного мислення лікаря, оскільки саме первинна клінічна оцінка становить підґрунтя для вибору відповідного алгоритму медичної допомоги. Чим більш повною та якісною є інформаційна база фахівця, тим вищою стає ймовірність досягнення результату, передбаченого клінічним протоколом.

Застосовуючи огляди та рекомендації, сформовані на основі науково-доказових підходів, лікар користується переважно тими методами діагностики й лікування, ефективність яких підтверджена надійними дослідженнями. Це дозволяє уникати невиправданих втручань і процедур, що не мають доведеної результативності, зберігаючи ресурси та час як фахівця, так і пацієнта.

Система стандартизації медичної допомоги наведена на рис. нижче.

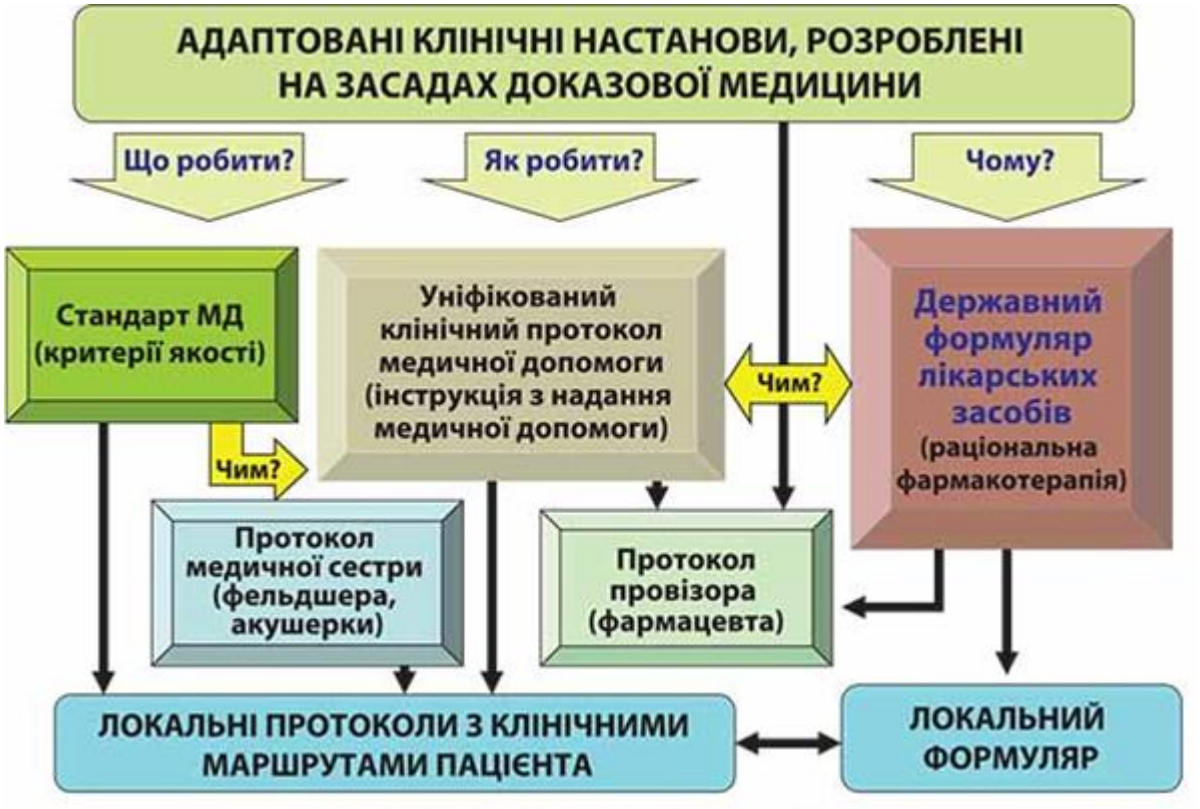


Рис.1.21.Система стандартизації медичної допомоги

Джерело зображення: https://health-ua.com/article/19472

Основні принципи доказової медицини («Evidence-Based Medicine»)

Доказова медицина (ДМ), (evidence-based medicine) — це галузь медичної науки, що ґрунтується на систематичному пошуку, критичному порівнянні, аналізі та впровадженні надійних доказів з метою підвищення ефективності медичної допомоги пацієнтам (Evidence Based Medicine Working Group, 1993). У межах доказової медицини клінічні рішення приймаються на основі ретельно зібраних і науково обґрунтованих даних, що відповідають принципам раціональності та сучасним вимогам до лікування конкретного пацієнта (O. J. Sackett та ін., 1996).

Як підхід до клінічної практики, доказова медицина передбачає ухвалення рішень щодо профілактичних, діагностичних і терапевтичних втручань, спираючись на наявні докази їх ефективності та безпеки. Ці докази повинні бути знайдені, систематизовані, порівняні й узагальнені, а також поширені для використання в інтересах хворих (Evidence Based Medicine Working Group, 1993). У повсякденній медичній практиці перевага надається технологіям і лікарським засобам, ефективність яких доведена у

фармакоепідеміологічних дослідженнях із застосуванням статистичних методів оцінки ймовірності успіху та ризиків.

Сам термін «доказова медицина» був запропонований у 1990 році групою дослідників Університету Мак-Мастера (Канада).

Поширення концепції доказової медицини наприкінці 1980-х років XX століття було пов'язане з формуванням нової галузі — клінічної епідеміології, що застосовує епідеміологічні методи для оцінювання результативності медичних втручань. У цьому контексті доказову медицину можна визначити як сучасну технологію збирання, аналізу, синтезу та практичного застосування наукової медичної інформації, яка забезпечує оптимізацію клінічних рішень як з позиції користі для пацієнта, так і з погляду економічної доцільності.

Становлення ДМ на сучасному етапі розвитку суспільства зумовлене трансформацією системи охорони здоров'я під впливом стрімкого науково-технічного прогресу. Зростання витрат на медичну допомогу, обумовлене подорожчанням лікарських засобів, високою вартістю інноваційних діагностичних і лікувальних технологій, а також розширенням спектру медичних послуг, створює додатковий тиск на бюджетні ресурси.

Оскільки фінансування охорони здоров'я має обмежений характер навіть у найбільш економічно розвинених країнах, а потреба в медичних втручаннях постійно збільшується, постає нагальна необхідність у раціональному розподілі ресурсів. У цьому контексті визначення та вибір медичних технологій із доведеною ефективністю серед численних альтернатив стає критично важливим завданням. Такий підхід дозволяє підвищити результативність лікування та забезпечити оптимальне використання доступних фінансових і технологічних можливостей системи охорони здоров'я.

Принципи доказової медицини

У підґрунті ДМ лежить оцінювання ефективності та безпеки діагностичних, профілактичних і терапевтичних методик шляхом їх вивчення у клінічних дослідженнях. «Практика доказової медицини» передбачає інтеграцію результатів таких досліджень у щоденну клінічну діяльність лікаря.

У більшості країн загальновизнаними стали стандартизовані вимоги до проведення клінічних досліджень, відображені в документі GCP (*Good Clinical Practice*, «Належна клінічна практика»), а також регламенти щодо виробництва лікарських засобів (GMP) та виконання лабораторних досліджень (GLP).

Ключовим принципом ДМ є те, що кожне клінічне рішення має ґрунтуватися на науково підтверджених даних, отриманих у великих, репрезентативних вибірках пацієнтів. Жодна нова медична технологія — чи то метод діагностики, лікування або профілактики — не може бути прийнятою до широкого застосування без проходження суворої оцінки в умовах рандомізованих контрольованих досліджень. Інструментами впровадження принципів доказової медицини в широку практику є стандартизація медичної допомоги та формулярна система.

Основним, «золотим стандартом» досліджень у доказовій медицині є рандомізовані контрольовані дослідження, під час яких пацієнтів розподіляють на групи випадковим чином із застосуванням процедур рандомізації.

У практичному плані ДМ ставить перед собою такі завдання:

1) підвищити якість надання медичної допомоги з огляду на ефективність, безпечність та вартість;

2) оптимізувати діяльність національної системи охорони здоров'я.

Для отримання надійних доказів ефективності медичних технологій ДМ використовує низку ключових фармакоепідеміологічних понять:

- **Дійсний (кінцевий) клінічний результат (*clinical outcome*)** — показник, що має безпосереднє значення для оцінювання стану здоров'я пацієнта, зокрема одужання, рівень інвалідизації, смертність, тривалість та якість життя.
- **Опосередкований (непрямий) критерій ефективності** — лабораторний або симптоматичний показник, зміни якого відображають загальний стан пацієнта та корелюють із кінцевим клінічним результатом.
- **Абсолютний ризик (*absolute risk*)** — абсолютна різниця між частотою виникнення небажаного ефекту в групі, яка отримувала лікарський препарат, і частотою аналогічного ефекту в групі, де препарат не застосовувався.
- **Відносний ризик (*relative risk*)** — співвідношення частоти розвитку небажаного ефекту серед осіб, які зазнавали впливу досліджуваного фактора (наприклад, приймали лікарський препарат), до частоти виникнення того самого ефекту в групі осіб, що не були під його впливом.

Роль доказової медицини у практиці лікаря

Глобалізація інформаційних процесів у всіх галузях знань, зокрема й у медицині, створила принципово нові виклики для лікарів, управлінців системи охорони здоров'я та пацієнтів під час ухвалення рішень. Навіть сучасні довідкові видання нерідко містять застарілі дані, а експертні рекомендації,

представлені в підручниках і оглядах, не завжди мають належне доказове підґрунтя. Обсяг медичної інформації стрімко зростає: у світі виходить близько 40 000 медичних і біологічних журналів, які щороку публікують приблизно два мільйони статей. У цих умовах практичні лікарі та керівники галузі охорони здоров'я гостро потребують інструментів критичної оцінки інформації.

Це породжує низку дилем: яку медичну модель обрати — традиційну чи альтернативну, академічну чи народну, національну чи західну? У кожній ситуації, що потребує клінічного, діагностичного чи управлінського рішення, постає питання: покладатися на досвід, інтуїцію, логічні уявлення чи на дані, отримані внаслідок методологічно коректних досліджень ефективності та безпеки.

Єдиним інструментом, здатним подолати ці суперечності, є медицина, що базується на доказах (*evidence-based medicine*). Нині вона перебуває в центрі уваги клініцистів, управлінців охороною здоров'я, юристів, пацієнтів і громадськості. Доказова медицина передбачає сумлінне, раціональне та логічно обґрунтоване використання найкращих доступних наукових доказів для лікування кожного пацієнта. В іншому визначенні вона трактується як галузь медицини, що базується на систематичному пошуку, порівнянні, узагальненні та поширенні наукових доказів з метою їх практичного застосування в інтересах хворих.

Практика доказової медицини ґрунтується на інтеграції індивідуального клінічного досвіду лікаря з найякіснішими незалежними клінічними доказами, отриманими в результаті систематизованих наукових досліджень. Під індивідуальним клінічним досвідом розуміють професійні навички, компетентність та клінічні судження, сформовані у фахівця в процесі його безпосередньої практичної діяльності.

Найкращі незалежні клінічні докази — це дані, отримані з клінічно релевантних досліджень, включно з фундаментальними та передусім клінічними роботами, що забезпечують високу точність діагностичних тестів (у тому числі результатів клінічного огляду), надійність прогностичних маркерів, а також підтверджують ефективність і безпечність лікувальних, реабілітаційних та профілактичних втручань.

Оптимальні клінічні рішення вимагають одночасного врахування як особистого клінічного досвіду лікаря, так і доступних об'єктивних доказів; жоден із цих компонентів не може бути використаний ізольовано. За відсутності достатнього клінічного досвіду навіть високоякісні наукові докази

можуть бути неправильно інтерпретовані та застосовані невідповідно до потреб конкретного пацієнта. З іншого боку, ігнорування незалежних доказів на користь лише інтуїтивних рішень або особистого досвіду також може становити ризик для пацієнта.

Визначення доказовості

Лікар, який у своїй професійній діяльності дотримується принципів доказової медицини, постійно співвідносить власний клінічний досвід і знання з результатами систематизованих досліджень, що містять докази ефективності лікувальних методів і лікарських засобів, отримані іншими фахівцями. На основі цього він сумлінно, обґрунтовано та усвідомлено обирає оптимальну лікувальну стратегію для конкретного пацієнта.

Методологічною основою доказової медицини є систематичні дослідження — науково обґрунтовані, ретельно сплановані клінічні випробування, у яких чітко визначені кінцеві точки, такі як одужання пацієнта чи розвиток можливих ускладнень.

Золотим стандартом оцінювання ефективності лікувальних втручань вважаються рандомізовані контрольовані клінічні дослідження.

Усі рандомізовані клінічні дослідження спираються на сучасний рівень знань щодо:

- клінічної діагностики та фундаментальних наукових уявлень про патогенез захворювань;
- експериментальних даних, що характеризують фармакологічні властивості та механізми дії лікарських засобів.

Клінічні випробування повинні бути контрольованими, рандомізованими і, у більшості випадків, проводитися за принципом подвійного сліпого контролю.

Контрольоване дослідження передбачає ретельний добір пацієнтів відповідно до критеріїв включення та виключення, визначених у протоколі.

Рандомізоване дослідження (від *random* — випадковий) передбачає випадковий, незалежний від волі дослідника або пацієнта розподіл учасників на експериментальну та контрольну групи. Мета рандомізації — усунення селекційного упередження та створення рівних умов для порівняння впливу досліджуваного препарату з плацебо або альтернативним лікувальним засобом.

Подвійний сліпий метод означає, що ні лікар, ні пацієнт не знають, який препарат отримує хворий. У одинарному сліпому дослідженні лише пацієнт не поінформований про характер лікування, тоді як лікар володіє цією

інформацією. Відкрите дослідження передбачає, що і лікар, і пацієнт поінформовані щодо застосовуваного препарату.

Найвищий рівень доказовості забезпечують рандомізовані подвійні сліпі контрольовані дослідження. Це масштабні, часто міжнародні наукові проєкти, проведення яких ґрунтується на жорстких методологічних принципах, що послідовно дотримуються на всіх етапах дослідження.

На етапі планування клінічного дослідження:

- Формулюються чіткі наукові запитання, наприклад:

а) Чи відрізняється ефективність досліджуваного методу лікування від плацебо (плацебо-контрольовані дослідження)?

б) Чи перевищує ефективність нового методу лікування результати існуючих стандартних методик (порівняльні дослідження)?

в) Який рівень безпеки методу діагностики або лікування?

г) Наскільки метод діагностики точний та ефективний у визначенні цільових ознак?

- Розробляється детальний протокол дослідження. «Золотим стандартом» для оцінки нового лікувального методу є подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження, без якого новий препарат у розвинених країнах (США та Західна Європа) не допускається до ринку. Чітко прописаний план забезпечує однозначну інтерпретацію результатів, незалежно від суб'єктивних уподобань або інтересів дослідників.
- Отримується схвалення етичного комітету, що гарантує дотримання прав та інтересів пацієнтів, які беруть участь у дослідженні. Це передбачає, що учасники не залишаються без ефективних відомих засобів, а випробовувані препарати або методи не мають токсичних, канцерогенних чи інших шкідливих властивостей.

Після затвердження протоколу розпочинається безпосереднє проведення дослідження, зазвичай у багатьох медичних центрах різних країн, діяльність яких контролюється незалежними комісіями. Порушення затверджених правил може дискредитувати заклад, тому всі учасники суворо дотримуються методології. Розмір когорт пацієнтів варіює від кількох десятків до мільйона осіб. Отримані дані проходять ретельну статистичну обробку та аналіз для оцінки достовірності виявлених ефектів.

Висновки, клінічні рекомендації та стандарти надання медичної допомоги формуються лише на основі надійних і перевірених результатів досліджень. Погоджувальні комісії та експертні ради розробляють стандарти практики, спираючись на ці достовірні дані.

Таким чином, сучасні клінічні дослідження найвищого рівня доказовості забезпечують формування надійної бази фактів для клінічної практики. Вони закладають фундамент доказової медицини, яка, на відміну від емпіричної, дозволяє здійснювати діагностику та лікування з максимальною ефективністю та безпекою при мінімальних ресурсних витратах.

Аспекти доказової медицини

Позитивний вплив доказової медицини доцільно розглядати з урахуванням кількох ключових аспектів:

Медичний та етичний аспект

- Лікар призначає лише ті діагностичні процедури, які забезпечують достовірну інформацію про стан пацієнта, не завдають шкоди здоров'ю та дозволяють обрати найбільш ефективну терапію.
- Використовуються лише методи лікування, ефективність яких підтверджена коректними клінічними дослідженнями на значних групах пацієнтів.
- Пацієнт інформований про перебіг свого лікування, бере участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я та має можливість оцінити обґрунтованість призначень.
- Доказова медицина сприяє прозорості, відкритості та чесності у взаємодії лікаря та пацієнта.

Економічний аспект

- Фінансування медичних послуг здійснюється за рахунок державного бюджету, фондів обов'язкового або добровільного страхування, а також особистих коштів пацієнтів.
- Доказова медицина дозволяє уникати витрат на зайві обстеження та неефективне лікування і сприяє раціональному використанню наявних ресурсів.

Юридичний аспект

- Стандарти доказової медицини забезпечують єдиний інструмент контролю діяльності в медичній сфері для громадян, страхових компаній, держави та громадських організацій.
- Впровадження доказових стандартів дозволяє оцінювати адекватність медичної допомоги та дотримання нормативів надання послуг.

Освітній аспект

- Концепція безперервної дистанційної післядипломної освіти лікарів: систематичне дотримання стандартів доказової медицини сприяє ефективному підвищенню кваліфікації медичних кадрів.

- Концепція єдиного стандарту післядипломного навчання: дозволяє мінімізувати відмінності в кваліфікації лікарів, незалежно від медичного закладу, що видав диплом або сертифікат.
- Концепція єдиного підходу до лікування пацієнтів: впровадження доказових стандартів забезпечує застосування найбільш ефективних методів терапії та сприяє кращому взаєморозумінню між лікарями.

У комплексі ці аспекти демонструють, що доказова медицина забезпечує не лише підвищення якості та безпеки медичної допомоги, але й ефективність витрачання ресурсів, правову регламентацію та стандартизацію професійної освіти медичних працівників.

Умови ефективного функціонування доказової медицини

Для впровадження принципів доказової медицини в клінічну практику необхідні:

- проведення наукових досліджень високого рівня доказовості;
- наявність наукових журналів із високим індексом цитування, що публікують лише роботи значної наукової цінності;
- наявність лікарів, які володіють знаннями щодо того, які джерела і як правильно використовувати;
- можливість практичного застосування набутих знань;
- зацікавленість пацієнтів у реалізації принципів доказової медицини;
- підтримка держави щодо поширення достовірної наукової інформації серед лікарів, фармакологів та пацієнтів;
- активна участь медичних працівників у розвитку доказової медицини, що проявляється у створенні потужних професійних асоціацій, розробці стандартів надання медичної допомоги та контролі їх дотримання.

Алгоритм дій у доказовій медицині

Практична робота в доказовій медицині включає чотири основні етапи:

1. Формулювання чіткої клінічної проблеми з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.
2. Пошук наукової літератури, що стосується поставленої проблеми.
3. Критична оцінка достовірності та практичної значущості знайдених досліджень.
4. Впровадження корисних результатів у клінічну практику.

Інформацію для вирішення клінічних проблем можна отримати з монографій, наукових журналів, збірників праць, тез конференцій, загальнонаукових та науково-популярних видань, баз даних та електронних публікацій.

- **Монографії** є основним джерелом інформації та можуть слугувати для пошуку бібліографічних посилань, проте наведена в них інформація швидко застаріває і не завжди містить конкретні рекомендації щодо клінічних дій.
- **Наукові журнали** є головним джерелом первинної інформації, відображають сучасні тенденції науки та практики, але часто спеціалізуються на вузьких темах, і міждисциплінарних видань недостатньо.
- **Систематичні огляди** дозволяють узагальнити результати первинних досліджень з конкретної теми або проблеми, критично оцінюючи їх валідність і мінімізуючи систематичні та випадкові помилки. На основі систематичних оглядів, а також мета-аналізів, лікарі можуть отримати актуальні узагальнені дані, що допомагають обґрунтувати клінічні рішення. Водночас систематичні огляди не замінюють клінічний досвід і самостійно не є підставою для прийняття остаточного рішення.

Таким чином, ефективне функціонування доказової медицини базується на високоякісних наукових дослідженнях, систематичному узагальненні доказів та їх правильному застосуванні в клінічній практиці.

Переваги систематичних оглядів

Систематичні огляди характеризуються такими перевагами:

- наявність інтегрованого та достовірного узагальненого результату;
- можливість виявлення індивідуальної чутливості до лікування або діагностичних методів;
- сприяння формуванню об’єднаних інформаційних мереж та розширенню професійного міждисциплінарного спілкування;
- критична оцінка досліджень щодо їх валідності та практичної значущості;
- впровадження отриманих корисних висновків у клінічну практику.

Мета-аналіз

Мета-аналіз включає такі етапи: визначення основної мети аналізу, вибір методів оцінки результатів, систематизований пошук наукової інформації, кількісне узагальнення даних, їх аналіз за допомогою статистичних методів та інтерпретація результатів.

Пошук інформації для мета-аналізу потребує досвідченого підходу. При відсутності систематизованого підходу існує ризик пропуску важливих досліджень. Навіть ретельний комп’ютерний пошук не завжди дає повну картину через погане індексування, тому його слід доповнювати «ручним» пошуком, аналізом списків літератури у статтях та запитами до дослідників і виробників лікарських препаратів у відповідній галузі.

Найвищий рівень достовірності надають рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), однак у певних ситуаціях, наприклад при аналізі побічних ефектів, більш інформативними є проспективні чи ретроспективні дослідження спостережень (випадок–контроль). Незважаючи на це, більшість аналітиків вважають, що основними доказами повинні бути результати РКД.

При узагальненні даних обов'язковою є критична оцінка досліджень, що порівнюються. Іноді узагальнення результатів неможливе через недостатню кількість досліджень, їхню несумісність або непорівнянність результатів. У деяких випадках окремі надійні випробування значно відрізняються від інших, що унеможливлює їх статистичне об'єднання. Альтернативою мета-аналізу у таких ситуаціях є концепція «синтезу найкращого доказу», яка застосовується при відсутності достатньої кількості надійних досліджень.

У таких випадках проводять ретельний аналіз доступних досліджень для визначення достатності інформації для висновків, які потім перевіряються у РКД.

Якщо доступні дослідження однорідні, їх статистичне об'єднання дозволяє об'єктивніше оцінити ефект. Методи статистичного узагальнення даних різноманітні та залежать від характеристик показників; існують підходи для аналізу даних виживаності, залежності доза–ефект, інформативності діагностичних тестів тощо.

Мета-аналіз проводять з метою систематичного узагальнення існуючої інформації та представлення її в доступній і зрозумілій формі для наукової спільноти та практичних лікарів.

Переваги мета-аналізу

Мета-аналіз дозволяє узагальнювати наукову інформацію з різних джерел у відтворюваний та обґрунтований спосіб, що забезпечує ряд суттєвих переваг. Зокрема, він дозволяє об'єднувати результати досліджень, які окремо мають статистично недостовірні дані, тим самим отримуючи більш достовірний сумарний результат. При узагальненні часто виявляється неоднорідність результатів, аналіз причин якої дає змогу ідентифікувати додаткові клінічні проблеми. Наприклад, ефективність лікувального втручання може залежати від індивідуальних біологічних особливостей пацієнта; виявлення таких залежностей дозволяє прогнозувати ефекти терапії в конкретних підгрупах та перевіряти відповідні гіпотези в подальших дослідженнях.

Під час виконання мета-аналізу автори активно взаємодіють із колегами, які проводили первинні дослідження, для уточнення окремих аспектів

опублікованих даних та пошуку додаткових досліджень. Це сприяє формуванню професійних інформаційних мереж, які в перспективі полегшують проведення подальших мета-аналізів, включаючи індивідуальні та спеціалізовані [9].

Кокранівські бази даних

Відомий британський епідеміолог Арчі Кокран підкреслював, що суспільство довгий час перебувало в умовах невизначеності щодо реальної ефективності медичних втручань. Прийняття обґрунтованих клінічних рішень було ускладнене через відсутність систематизованих даних про результати рандомізованих клінічних випробувань (РКВ). Кокран зазначав: «Соромно, що медична спільнота досі не створила системи аналітичного узагальнення всіх актуальних РКВ у всіх дисциплінах з періодичним оновленням оглядів».

У 1987 році Кокран здійснив перший систематичний огляд РКВ, присвячений проблемам вагітності та перинатального періоду, і рекомендував використовувати цей підхід лікарям інших спеціальностей. Він наголошував, що наукові медичні огляди мають ґрунтуватися на систематизованому зборі та аналізі фактів із регулярним оновленням, оскільки без цього неможливо оцінити переваги чи недоліки втручань, оперативно приймати клінічні рішення та підтримувати якість медичної допомоги на високому рівні. Крім того, відсутність регулярно оновлюваних оглядів ускладнює планування нових досліджень, оскільки дослідники та фінансові організації часто не враховують перспективні теми [8].

Ідея Кокрана щодо створення систематично оновлюваних оглядів усіх актуальних клінічних випробувань реалізована у формі Кокранівського Співробітництва — міжнародної організації, метою якої є пошук і систематизація найбільш достовірної інформації про результати лікарських втручань. Як пропонував Кокран, методологія складання та оновлення оглядів контрольованих випробувань у сфері акушерства та перинатології була врахована Програмою наукових досліджень та розвитку Національної служби охорони здоров’я Великобританії. Було виділено фінансування для створення Кокранівського центру, який координує зусилля у Великобританії та міжнародно, забезпечуючи створення та оновлення систематичних оглядів у всіх галузях медицини.

Принципи Кокранівського Співробітництва

За період існування Кокранівське Співробітництво зазнало значних трансформацій, зберігаючи при цьому вірність своїм початковим завданням і принципам. Головна мета цієї міжнародної організації полягає у створенні,

регулярному оновленні та поширенні систематичних оглядів результатів медичних втручань, що сприяє обґрунтованому прийняттю рішень у різних галузях медицини.

Діяльність Кокранівського Співробітництва ґрунтується на восьми ключових принципах:

- підтримка духу співпраці;
- ентузіазм і активна участь членів спільноти;
- уникнення дублювання досліджень;
- мінімізація упередженості та систематичних помилок;
- постійне оновлення наявних даних;
- забезпечення актуальності оглядів;
- широкодоступність результатів;
- безперервне підвищення якості роботи.

Систематичні огляди є основним продуктом діяльності Кокранівського Співробітництва і регулярно публікуються в електронному форматі в «Cochrane Database of Systematic Reviews» (Кокранівська база даних систематичних оглядів). Їх складанням та оновленням займаються міжнародні тематичні групи, до складу яких входять дослідники, клініцисти та представники організацій споживачів — усі зацікавлені в отриманні достовірної, сучасної та актуальної інформації щодо профілактики, лікування та реабілітації при різних захворюваннях [9].

Кокранівська електронна бібліотека включає чотири спеціалізовані бази даних:

1. Кокранівська база даних систематичних оглядів — містить завершені систематичні огляди та протоколи оглядів, що перебувають у процесі підготовки.
2. Кокранівський реєстр контрольованих випробувань — представляє собою бібліографічну базу даних усіх виявлених публікацій контрольованих клінічних досліджень.
3. Реферативна база даних оглядів з ефективності медичних втручань — включає структуровані реферати систематичних оглядів, які пройшли критичну оцінку співробітниками Йоркського центру з підготовки та поширення оглядів (Великобританія).
4. Кокранівська база даних з методології оглядів — містить бібліографію публікацій, присвячених методам синтезу та аналізу результатів клінічних досліджень.

Кокранівська база даних систематичних оглядів не підлягає ексклюзивним авторським правам, що забезпечує авторам максимально широке розповсюдження результатів своєї роботи.

Кокранівський реєстр контрольованих випробувань формує бібліографічну базу публікацій контрольованих клінічних досліджень, виявлених членами Кокранівської Асоціації та іншими організаціями. Процес створення бази передбачає систематичне дослідження медичних журналів та інших видань у всьому світі, з метою формування універсального та неупередженого джерела даних для систематичних оглядів. Оскільки жодна існуюча бібліографічна база даних не є повною, проект реалізується у співпраці з Національною медичною бібліотекою США (PubMed) та видавництвом Reed Elsevier (Embase, Амстердам, Нідерланди) [8].

Рандомізовані контрольовані випробування (РКВ) як джерела доказової інформації

Після виявлення високоякісного систематичного огляду, який містить відповідь на клінічне питання, здійснюється пошук РКВ, опублікованих після дати пошуку для огляду або протягом трьох років до його публікації, якщо дата не зазначена.

У разі відсутності відповідних систематичних оглядів проводиться пошук РКВ з відповідної тематики в Кокранівській електронній бібліотеці та базі даних Best Evidence, а також за останні три роки в базах Medline та Embase.

Алгоритм пошуку РКВ:

1. Кокранівський реєстр контрольованих випробувань — містить більше посилань, ніж Medline.
2. База даних Best Evidence на компакт-диску — включає реферати РКВ, що пройшли контроль якості, та відповідні коментарі.
3. Пошук у базах Medline та Embase за останні три роки — дозволяє виявити РКВ, які ще не включені в Кокранівську бібліотеку та базу Best Evidence.

Звіти про побічні ефекти та ускладнення медичних втручань можна знайти в Кокранівській електронній бібліотеці та базі Best Evidence. Для подальшого пошуку використовують базу Medline з терміном MeSH «adverse effects» (/ae). Застосування підрубрики MeSH ae.fs. (adverse effects – floating subheading) дозволяє ідентифікувати всі статті, що містять інформацію про побічні ефекти та ускладнення. Для уточнення пошуку терміни комбінують з іншими ключовими словами (наприклад, «systematic review on hypertension» або «cohort studies on asthma») [8].

Стислий довідник з доказової медицини

Clinical Evidence Concise (Доказова медицина. Стислий довідник) — це регулярно оновлювана база даних, що містить сучасну інформацію про методи лікування, широко застосовувані при поширених захворюваннях. Англомовна версія видання публікується два рази на рік видавничою групою BMJ (Biomedical Journal), російською мовою — один раз на рік видавництвом «Медіасфера». Довідник містить стисло викладені результати всебічного пошуку медичної літератури та узагальнює сучасні дані про медичні та профілактичні втручання. На основі цих даних втручання класифікуються за ступенем доведеної ефективності або шкоди: доведені, очікувані, не встановлені або малоймовірні [7].

За оцінкою авторів, довідник має ряд особливостей, що роблять його унікальним:

- зміст визначається передусім клінічними питаннями, а не наявністю дослідницьких даних; підготовка розділів починається з формулювання важливих клінічних запитів, на які потім дають відповіді на основі достовірної інформації, доступної на момент виходу чергового випуску;
- укладачі ідентифікують прогалини в наявних даних, не намагаючись заповнити їх самостійно, оскільки вважають важливим інформувати лікарів про те, коли невпевненість у клінічних рішеннях пов'язана не з браком знань, а з відсутністю достовірних доказів;
- оновлення довідника здійснюється кожні шість місяців (російська версія — один раз на рік), електронна версія — щомісяця [9].

Принципи створення довідника

У тематичних розділах довідника подається інформація, відібрана на основі строгих критеріїв достовірності та актуальності для медичної практики.

- Вибір основних тем. Розділи присвячені захворюванням та станам, які найчастіше зустрічаються в амбулаторній та стаціонарній практиці, або мають значне клінічне та соціальне значення. Для визначення тем перших випусків довідника аналізувалися дані про частоту звернень, захворюваність та смертність у Великобританії, а також враховувалися рекомендації лікарів загальної практики та відповідних груп пацієнтів. Повний перелік розділів наступних випусків доступний на сайті www.clinicalevidence.com.
- Вибір клінічних питань. Розглядаються питання переваг і ризиків профілактичних та медичних втручань, при цьому пріоритет надається клінічним результатам, що мають вирішальне значення для пацієнтів. Вибір питань здійснюється консультантами та редакторами розділів за активної

участі лікарів загальної практики та представників пацієнтських груп. Кожен наступний випуск довідника містить нові клінічні питання та оновлення існуючих. Користувачі можуть пропонувати нові питання або коментарі через онлайн-форму на сайті довідника або звернутися безпосередньо до редакції [8].

Пошук та оцінка даних

Відповіді на поставлені клінічні питання автори отримують шляхом систематичного пошуку інформації у провідних електронних базах даних, таких як Cochrane Library, Medline, EMBASE та інших. До основних джерел інформації відносяться: систематичні огляди, рандомізовані контрольовані випробування (РКВ), при необхідності — когортні дослідження, а також ресурси Інтернету.

Принципи доказової медицини

- використання науково-медичної інформації найвищого рівня доказовості;
- постійне ознайомлення учасників медичної сфери з досягненнями науки і практики;
- оптимізація діагностичної доцільності;
- раціональна фармакотерапія;
- науково обґрунтований прогноз перебігу захворювання;
- підвищення безпеки медичних втручань;
- стандартизація медичних процедур;
- мінімізація економічних витрат;
- колективна відповідальність за ефективність діагностичних та лікувальних технологій;
- постійна оптимізація роботи національних систем охорони здоров’я [7].

Аналіз результатів клінічних досліджень

Одним із ключових напрямів доказової медицини є критичний аналіз результатів клінічних досліджень, при цьому ступінь достовірності отриманих даних визначається організацією та методологією проведених випробувань.

Види клінічних досліджень

рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження;

- нерандомізоване контрольоване дослідження;
- нерандомізоване дослідження з історичним контролем;
- дослідження типу «випадок–контроль»;
- перехресне дослідження;
- відкрите дослідження (спостереження);

- опис окремих клінічних випадків.

Визначення рівня значущості доказів

А — дані, що базуються на кількох великих рандомізованих контрольованих дослідженнях, мета-аналізі або результатах хоча б одного РКВ;

В — дані, отримані принаймні з одного високоякісного нерандомізованого дослідження;

С — експертна думка у разі відсутності даних високоякісних клінічних досліджень.

Золотий стандарт клінічних випробувань

Рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження, або GCP-стандарт, є найнадійнішим методом оцінки ефективності лікування.

Основні принципи GCP-досліджень:

- рандомізація — випадкове розподілення учасників на досліджувані групи, що забезпечує статистичну порівнянність;
- подвійне сліпе дослідження (Double-blind) — коли пацієнт та дослідник не знають, яке лікування застосовується;
- стратифікація (Stratification) — розподіл учасників на підгрупи для контролю впливу додаткових факторів [1].

1.9. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Воєнний стан — це особливий правовий режим, що передбачає розширення повноважень органів влади та військового командування з метою забезпечення оборони держави й безпеки населення. У цих умовах система охорони здоров’я переходить на спеціальний режим функціонування, спрямований на:

- збереження життя та здоров’я населення;
- забезпечення безперервності надання медичної допомоги;
- організацію медичного забезпечення військовослужбовців;
- реагування на масові санітарні втрати.

Принципи організації медичної допомоги

1. Безперервність — медична допомога повинна бути доступною незалежно від бойової обстановки.

2. Поетапність — допомога надається за етапами, від домедичної до високоспеціалізованої.

3. Сортування потерпілих — визначення пріоритетів лікування при масових ураженнях.

4. Мобільність та гнучкість — застосування мобільних медичних груп, стабілізаційних пунктів, евакуаційних бригад.

5. Взаємодія цивільної та військової медицини — координація роботи служб усіх рівнів.

6. Безпека персоналу та пацієнтів — дотримання процедур укриття, евакуації, реагування на загрози.

Етапи надання медичної допомоги

Домедична допомога

Надається у зоні ураження:

- зупинка кровотеч турнікетами/притисненням судин;
- забезпечення прохідності дихальних шляхів;
- переміщення в безпечну зону;
- застосування індивідуальних аптечок (IFAK).

Домедичну допомогу можуть надавати військові, цивільні, рятувальники та підготовлені волонтери.

Перша медична допомога

Надається парамедиками, медиками первинної ланки, бойовими медиками:

- стабілізація стану;
- знеболення;
- іммобілізація переломів;
- інфузійна терапія;
- підготовка до евакуації.

Долікарська та лікарська допомога

Виконується на пунктах збору поранених, стабілізаційних пунктах:

- розширена реанімаційна допомога (MARCH, START);
- первинна хірургічна обробка ран;
- протишокові заходи;
- підготовка до медичної евакуації.

Спеціалізована стаціонарна допомога

Надається у госпіталях, лікарнях другого та третього рівня:

- хірургічні втручання;
- інтенсивна терапія;
- лікування інфекційних ускладнень;
- реабілітація.

Медична евакуація

Організовується поетапно:

1. З-під вогню — евакуація переміщенням (волоком, переносками, на транспорті).
2. Бойова евакуація — транспортування на стабілізаційний пункт.
3. Тактична евакуація — автомобілями, санітарною авіацією, бронетранспортерами.
4. Стратегічна евакуація — у тилові госпіталі та спеціалізовані медичні центри.

Важливі принципи:

- мінімальний час до надання кваліфікованої допомоги;
- сортування під час кожного етапу евакуації;
- ведення медичної документації навіть у польових умовах.

Медичне сортування

В умовах масових втрат використовується система **START**, **SALT** або військова система **TCCC**.

Категорії:

- Червона — невідкладна допомога, загрозливий стан.
- Жовта — стабільні, потребують допомоги впродовж 2–6 годин.
- Зелена — легкі ураження, можуть чекати.
- Чорна — несумісні з життям або відсутні ознаки життя.

Особливості організації медичної допомоги цивільному населенню

1. Адаптація лікарень до роботи в умовах воєнного стану
    - створення зон укриття;
    - резерви води, електроживлення, ліків;
    - алгоритми евакуації пацієнтів.
2. Підготовка населення
    - навчання домедичній допомозі;
    - формування домашніх аптечок;
    - забезпечення доступу до інформації про найближчі медичні пункти.
3. Психологічна допомога
    - кризові психологи;
    - підтримка дітей, людей з ПТСР;
    - гарячі лінії.

Відповідно до Закону України від 24 лютого 2022 року № 2102-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в

Україні», пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров’я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90) та з метою покращення якості надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану,

1. Надавачам ПМД забезпечити:

1) ведення обліку переміщених осіб, які звертаються для отримання первинної медичної допомоги, за формою, що додається;

2) надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані з числа переміщених осіб;

3) проведення вакцинації відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень.

2. На період дії воєнного стану, інші накази Міністерства охорони здоров'я України діють в частині, що не суперечить цьому наказу.

Цей наказ діє на період воєнного стану, введеного Указом Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні», затвердженого Законом України від 24 лютого 2022 року № 2102-IX.

ФОРМА

ведення обліку переміщених осіб, які звертаються для отримання первинної медичної допомоги

ПІБ	Дата народження	Лікарські засоби, що пацієнт приймає регулярно		ПІБ лікаря, якому подана декларація
		МНН	Доза	

Медична допомога для внутрішньо переміщених осіб (ВПО)

В умовах воєнного стану питання організації медичного забезпечення внутрішньо переміщених осіб (ВПО) врегульовано наказом Міністерства охорони здоров’я України від 17.03.2022 № 496 «Деякі питання надання медичної допомоги в умовах воєнного стану». Документ визначає порядок надання первинної медичної допомоги громадянам, які вимушено змінили місце проживання чи тимчасово перемістилися.

Особи, що отримали статус ВПО, мають право звертатися за медичною допомогою до будь-якого закладу охорони здоров’я за власним вибором, за умови, що відповідний заклад спроможний забезпечити необхідний обсяг медичних послуг. Заклади охорони здоров’я незалежно від форми власності

зобов’язані надавати допомогу всім пацієнтам, які звертаються до них за місцем фактичного перебування.

Організація первинної медичної допомоги для ВПО

Заклади первинної медичної допомоги повинні забезпечувати:

- ведення обліку внутрішньо переміщених осіб, які звернулися за медичною допомогою;
- надання первинної медичної допомоги, включно з медичною допомогою у невідкладних станах;
- проведення профілактичних щеплень відповідно до Календаря профілактичних щеплень.

Медичні працівники не мають права вимагати від переміщених осіб подання декларації про вибір лікаря для отримання ними медичної допомоги або проведення профілактичних щеплень.

Призначення лікарських засобів

У разі потреби лікарі повинні оформляти рецепти на необхідні лікарські засоби, у тому числі за урядовою програмою «Доступні ліки». Якщо є технічна можливість, рецепт оформлюється в електронній формі; за відсутності доступу до електронної системи охорони здоров’я лікар має право виписати паперовий рецепт.

На період дії воєнного стану дозволено застосовувати як електронні, так і паперові рецепти за програмою «Доступні ліки», а також рецепти на інсулін.

Обсяг медичних послуг для ВПО у закладах первинної медичної допомоги

Внутрішньо переміщені особи можуть отримати у будь-якому закладі первинної медичної допомоги наступні послуги:

- моніторинг та динамічне спостереження за станом здоров’я;
- діагностику та лікування найпоширеніших захворювань;
- проведення базових лабораторних та інструментальних досліджень;
- направлення до лікарів вузької спеціалізації або для проведення додаткових обстежень;
- паліативну медичну допомогу;
- профілактичні щеплення згідно з Календарем;
- оформлення рецептів за програмою «Доступні ліки» та рецептів на інсулін.

Для отримання цих послуг наявність декларації не є обов’язковою.

Надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій

Заклади охорони здоров’я, які працюють у межах програми медичних гарантій (ПМГ), зобов’язані надавати необхідну медичну допомогу, включно з допомогою для ВПО, **безоплатно**. Стаціонарна медична допомога також надається безоплатно у закладах, що уклали договори з Національною службою здоров’я України.

Екстрена медична допомога

Надання екстреної медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам здійснюється безоплатно, незалежно від наявності декларації та незалежно від місця їх реєстрації. Допомога надається за місцем фактичного перебування ВПО.

Отже, організація медичної допомоги під час воєнного стану є комплексним процесом, що поєднує медичні, логістичні, адміністративні та гуманітарні заходи. Від узгодженості цих компонентів залежить здатність медичної системи ефективно реагувати на масові санітарні втрати, забезпечувати стабільність роботи медичних закладів та захищати здоров’я населення в умовах підвищеної небезпеки. Ефективність системи залежить від:

1. Підготовки персоналу

- регулярне навчання медичних працівників принципам домедичної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги;
- тренінги за стандартами TCCC, MARCH, START, SALT;
- відпрацювання навичок роботи в умовах бойового стресу, загрози обстрілів, відсутності електроенергії чи ресурсів;
- підготовка немедичного персоналу (волонтерів, рятувальників, населення) до надання базової першої допомоги.

2. Чітких алгоритмів дій

- наявність стандартизованих протоколів реагування в надзвичайних ситуаціях;
- визначення маршрутів евакуації поранених та пацієнтів;
- алгоритми роботи медичного закладу під час обстрілу, евакуації або переміщення в укриття;
- забезпечення персоналу схемами медичного сортування та чіткими інструкціями.

3. Злагодженої евакуації

- організація послідовного транспортування поранених: від місця ураження до стабілізаційного пункту, а далі — до спеціалізованих медичних центрів;

- наявність достатньої кількості санітарного транспорту, водіїв, евакуаційних бригад;
- взаємодія військових, екстреної медичної допомоги, ДСНС та медичних закладів;
- постійний зв’язок між усіма етапами медичної евакуації.

4. Забезпечення ресурсами

- формування стратегічних резервів медикаментів, крові, перев’язувальних матеріалів, обладнання;
- створення аварійних запасів води, пального, засобів зв’язку;
- логістичне забезпечення швидкого постачання всього необхідного у зони бойових дій чи прифронтові регіони;
- співпраця з міжнародними гуманітарними організаціями для стабільного забезпечення.

5. Співпраці цивільних та військових структур

- узгоджена робота військових медичних служб і цивільної системи охорони здоров’я;
- координація між місцевими адміністраціями, ДСНС, Національною поліцією, органами влади;
- єдині стандарти обміну інформацією та медичної документації;
- спільна підготовка щодо реагування на масові ураження, евакуацію та ліквідацію наслідків надзвичайних ситуацій.

РОЗДІЛ 2
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАСОБІВ ДИСТАНЦІЙНОГО ЗВ'ЯЗКУ. ВИДИ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. ОСНОВНІ ФОРМИ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ІНФРАСТРУКТУРА, ЦІЛЬ, ПРЕДМЕТ ТА ФУНКЦІЇ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ

Телемедицина — це форма надання медичної допомоги із використанням інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для забезпечення дистанційної взаємодії між пацієнтом та медичним працівником або між медичними працівниками з метою діагностики, лікування, моніторингу стану здоров'я та профілактики захворювань.

Застосування телемедичних технологій сприяє подоланню кадрового дефіциту, підвищенню ефективності управління знаннями та ресурсами, підтримці процесів ухвалення своєчасних і обґрунтованих клінічних рішень, а також забезпечує наближення спеціалізованої та висококваліфікованої медичної допомоги безпосередньо до пацієнта. У контексті розвитку первинної медико-санітарної допомоги та становлення сімейної медицини телемедицина набуває обов'язкового характеру.

Телемедицина є ключовим інструментом ефективної та оперативної взаємодії між лікарями загальної практики та лікарями-спеціалістами.

В Україні розвиток телемедицини особливо актуалізувався в умовах:

- реформування системи охорони здоров'я;
- збільшення потреб у доступності медичних послуг у сільській місцевості;
- пандемії COVID-19;
- воєнного стану та масового переміщення населення.

Основні форми телемедичних послуг

Телемедицина в Україні охоплює кілька ключових напрямів:

1. Телемедичні консультації

- дистанційний прийом лікаря (відеоконференція, телефон, чат);
- консультування пацієнтів з хронічними захворюваннями;
- проведення повторних консультацій без фізичного відвідування лікарні.

2. Телеконсиліуми

- дистанційні обговорення складних випадків між кількома спеціалістами;
- участь провідних експертів у прийнятті клінічних рішень;
- можливість залучення вузьких фахівців, які фізично недоступні у регіоні.

3. Телемоніторинг

- віддалений контроль життєвих показників (АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO_2);
- спостереження за пацієнтами з серцево-судинними та ендокринними захворюваннями;
- контроль стану пацієнтів після операцій або при тривалому лікуванні.

4. Телеекстрені послуги

- дистанційна підтримка бригад екстреної медичної допомоги;
- передача ЕКГ та інших параметрів у режимі реального часу;
- швидке ухвалення рішень при критичних станах.

Інфраструктура телемедицини в Україні

1. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ)

Є ключовою цифровою платформою, що забезпечує:

- ведення електронної медичної документації;
- електронні рецепти (е-рецепт);
- електронні направлення;
- дистанційні послуги у межах ПМГ.

2. Технічні засоби

- обладнання для відеозв'язку (ноутбуки, планшети, смартфони);
- спеціалізовані телемедичні комплекси (телемедичні валізи, набори для телемоніторингу);
- захищені канали передачі даних (VPN, шифрування).

3. Захист даних

Ключові вимоги:

- конфіденційність персональних даних;
- збереження електронних медичних записів в ЕСОЗ;
- відповідність медичного обладнання стандартам кібербезпеки.

Телемедичні технології є ключовим компонентом сучасної системи охорони здоров'я, що забезпечує реалізацію конститу ційних прав кожного громадянина на своєчасне і якісне медичне обслуговування.

Телемедицина (грец. tele - дистанція, лат. meder лікування) - це галузь медицини, що використовує телекомунікаційні й електронні інформаційні

(комп'ютерні) технології для надання медичної допомоги й послуг у сфері охорони здоров'я в точці необхідності (у тих випадках, коли географічна відстань є критичним чинником). Телемедицина є компонентом електронної охорони здоров'я.

Електронна охорона здоров'я (англ. *eHealth*) розглядається як системне застосування інформаційно-комунікаційних технологій у межах конкретного закладу або з використанням дистанційних каналів зв'язку з метою підвищення ефективності функціонування системи громадського здоров'я та оптимізації процесів надання медичної допомоги.

Відповідно до директиви Всесвітньої організації охорони здоров'я A58/21 «Електронна охорона здоров'я (eHealth)», впровадження цифрових технологій у сферу охорони здоров'я створює унікальні можливості для її сталого розвитку. Зміцнення системи охорони здоров'я на основі eHealth сприяє реалізації фундаментальних прав людини шляхом підвищення рівня справедливості, солідарності, якості життя населення та якості медико-санітарної допомоги.

Мета телемедицини полягає у забезпеченні доступу населення до високоякісної медичної допомоги незалежно від географічного розташування пацієнта та його соціально-економічного статусу.

Предмет телемедицини охоплює процеси передавання, обміну та використання різноманітних видів медичної інформації між територіально віддаленими суб'єктами системи охорони здоров'я (медичними закладами, лікарями, пацієнтами, органами управління охороною здоров'я) із застосуванням телекомунікаційних і комп'ютерних технологій.

Функціональне призначення телемедицини включає клінічні, організаційно-управлінські, профілактичні, освітні та науково-дослідні аспекти діяльності.

Основними завданнями телемедицини є:

- підвищення ефективності та якості надання медичних послуг;
- оптимізація витрат у сфері охорони здоров'я шляхом скорочення транспортних витрат, зменшення навантаження на служби екстреної медичної допомоги та зниження тривалості стаціонарного лікування;
- інтеграція регіональних закладів охорони здоров'я в єдиний інформаційно-телекомунікаційний простір;
- забезпечення професійної підтримки лікарів, які здійснюють медичну діяльність у віддалених, стаціонарних або тимчасово організованих лікувальних пунктах;

• формування достатнього функціонального інструментарію для реалізації завдань діагностики, лікування та медичної реабілітації пацієнтів;

• удосконалення процесів поширення методичних, нормативних та управлінських документів у системі регіональної охорони здоров'я;

• трансфер професійних знань і практичного досвіду фахівців провідних лікувально-діагностичних і навчальних центрів лікарям-практикам, а також організація дистанційної післядипломної освіти, сертифікації та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Основні категорії телемедицини доцільно класифікувати за режимом взаємодії між суб'єктами медичного процесу:

- **Телемедицина в режимі реального часу (синхронна телемедицина)** передбачає безпосередню інтерактивну комунікацію між пацієнтом і лікарем із миттєвим обміном інформацією. Реалізація такого формату зазвичай потребує підвищеної пропускної здатності каналів зв'язку (не менше 256 кбіт/с) для забезпечення стабільної аудіо- та відеотрансляції.
- **Телемедицина в асинхронному режимі (запис, зберігання та передавання даних)** застосовується у випадках відсутності можливості негайної консультації лікаря. Пацієнт здійснює фіксацію інформації про стан здоров'я (відео-, аудіозаписи, зображення, текстовий опис симптомів), яка зберігається на сервері та надалі опрацьовується профільним фахівцем з метою встановлення попереднього або остаточного діагнозу й формування рекомендацій щодо лікування або додаткового обстеження.
- **Дистанційний (віддалений) медичний моніторинг** полягає у систематичному спостереженні за станом пацієнтів із хронічними захворюваннями або стабілізованим клінічним діагнозом із використанням засобів телекомунікації та спеціалізованих пристроїв контролю фізіологічних показників, що забезпечує безперервний нагляд та корекцію лікування за потреби.

Телемедицина охоплює шість ключових предметних областей, які відображають міждисциплінарний характер даного напряму:

1. Технологічна сфера включає сукупність апаратно-програмних засобів, зокрема вимірювальні та діагностичні прилади, системи дистанційного моніторингу, телекомунікаційні канали передачі даних, відеоінформаційні системи, автоматизовані робочі місця, бази даних, а також експертні та аналітичні системи.
2. Медична освіта передбачає використання телемедичних технологій у внутрішньоуніверситетському навчальному процесі, організацію

автоматизованих робочих місць студентів і викладачів, впровадження дистанційних лекційних систем, міжуніверситетських та міжнародних освітніх програм, а також інформаційних систем управління освітньою діяльністю.

3. Медична наука охоплює телемедичне забезпечення діяльності науково-дослідних установ, функціонування відомчих, міжвідомчих, державних і міжнародних інформаційних та бібліотечних ресурсів, а також реалізацію спільних науково-дослідних програм різного рівня.

4. Сфера охорони здоров'я включає застосування телемедичних рішень у клінічній практиці, зокрема організацію консультативно-діагностичної допомоги за спеціальностями за моделлю «пацієнт — лікар — консультант — периферійний заклад — центр», а також діяльність міжнародних консультативно-діагностичних центрів.

5. Спеціалізовані галузі знань і практичної діяльності охоплюють напрями, що потребують специфічних умов надання медичної допомоги, зокрема космічну біомедицину та медицину, екологічну медицину, медицину катастроф, медицину надзвичайних ситуацій і військову телемедицину.

6. Суміжні галузі знань і діяльності включають участь національних і міжнародних науковців, організацій, міністерств і відомств, діяльність яких пов'язана з теоретичними та прикладними аспектами збереження і зміцнення здоров'я людини**.**

Можливості телемедицини знаходять практичне застосування у таких сферах:

- Клінічна медицина, де телемедичні технології забезпечують комунікацію між міськими та сільськими закладами охорони здоров'я, проведення дистанційних медичних консультацій, а також безперервний моніторинг стану пацієнтів.
- Військова медицина, у межах якої телемедицина використовується для надання медичної допомоги при бойових травмах у польових умовах, організації телеконсультацій фахівців різного профілю, а також функціонування спеціалізованих телемедичних систем у закладах закритого типу.
- Системи охорони здоров'я різного рівня, де телемедичні рішення сприяють удосконаленню процесів управління, координації та інформаційної взаємодії між структурними підрозділами.

- Науково-дослідні та освітні установи, у яких телемедицина використовується для реалізації дистанційних форм навчання, професійного консультування та наукової співпраці.

2.2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕЛЕМЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Нормативно-правове забезпечення, як правило, включає такі складові:

- національні законодавчі та підзаконні акти, що прямо або опосередковано регламентують процеси телемедичної взаємодії;
- національні клінічні протоколи та стандарти надання медичної допомоги;
- національні та міжнародні гармонізовані інженерні й телекомунікаційні стандарти;
- стратегічні та програмні документи Всесвітньої організації охорони здоров'я, зокрема директиву A58/21 «Електронна охорона здоров'я (eHealth)», а також інші нормативно-концептуальні матеріали.

Ключові проблеми нормативно-правового регулювання телемедицини:

- захист інформації;
- відповідальність;
- ліцензування й статус консультанта;
- інформована згода пацієнта;
- протоколювання.

Захист інформації. Забезпечення конфіденційності медичної інформації є базовим принципом будь-якої телемедичної діяльності. Система нормативно-правового регулювання має визначати порядок телемедичного документообігу, структуру та маршрути передачі даних, правила їх захисту, доступу, внесення змін, зберігання й архівування. Це необхідно для гарантування суворого дотримання приватності пацієнта та інформаційної безпеки телемедичних процедур, водночас забезпечуючи своєчасний і регламентований доступ до необхідного обсягу клінічних даних у відповідному місці та в актуальний час.

Відповідальність. Традиційно питання розподілу відповідальності в телемедицині вирішувалося шляхом трактування стандартних телемедичних процедур, зокрема телеконсультування, як інструментів підтримки ухвалення клінічних рішень. У такому випадку повна відповідальність за стан пацієнта

покладалася на лікаря, який безпосередньо здійснює лікування. Загалом ця модель зберігає свою актуальність і в сучасних умовах, однак технологічний розвиток зумовлює появу нових правових аспектів.

Зокрема, у разі застосування активних систем телеасистування відповідальність за пацієнта покладається на віддаленого фахівця — лікаря-експерта, який дистанційно керує лікувально-діагностичним обладнанням. З правової точки зору такий фахівець несе повну відповідальність за обґрунтованість своїх висновків і виконуваних дій. Водночас у разі виникнення спірних або конфліктних ситуацій передбачається проведення експертної оцінки як дій лікаря-експерта, так і повноти та якості інформації, наданої з боку абонентського медичного закладу.

Ліцензування та статус консультанта. Ліцензування телемедичної діяльності не є універсально обов'язковою складовою національних правових систем. Ключове значення має акредитація телемедичного консультанта, тобто юридичне підтвердження його повноважень на надання відповідного виду медичної допомоги на визначеному професійному рівні. Особливої актуальності це питання набуває в умовах транскордонної або міжрегіональної телемедичної взаємодії. У правовому аспекті проблема має вирішуватися шляхом зіставлення чинних нормативних документів, їх аналізу та формування узгоджених підходів до оцінки й акредитації кваліфікації фахівців.

Інформована згода пацієнта. Отримання інформованої згоди пацієнта є обов'язковим елементом будь-якого медичного втручання, зокрема й телемедичних процедур. Навіть за відсутності чіткого правового регулювання у сфері телемедицини використання стандартизованих форм письмової згоди дозволяє мінімізувати ризики, пов'язані з розподілом відповідальності та захистом медичної інформації.

Протоколювання телемедичної діяльності повинне здійснюватися з використанням прийнятої в державі системи медичної звітної документації або з використанням стандартизованих форм документів згідно наведеного далі списку.

У процесі здійснення телемедичної діяльності використовується стандартизований **комплекс організаційно-розпорядчої та клінічної документації**, до якого належать:

- положення про телемедичний центр;
- положення про порядок взаємодії між телемедичними центрами;
- посадові інструкції працівників телемедичного центру;

- заявка на проведення телемедичної процедури;
- журнал обліку діяльності телемедичного центру;
- журнал реєстрації телемедичних процедур;
- консультативний висновок фахівця;
- письмова інформована згода пацієнта на проведення телемедичної процедури;
- зобов'язання про нерозголошення медичної таємниці для працівників телемедичних центрів, які не мають медичної освіти.

Стандарти медичної допомоги, що надається з використанням телемедичних технологій, мають повністю відповідати вимогам, встановленим для традиційних форм взаємодії між медичним працівником і пацієнтом, з урахуванням специфіки телемедичної взаємодії, територіальних умов, часових чинників і рівня доступності медичної допомоги. Відповідні клінічні протоколи повинні містити адаптаційні положення, які забезпечують можливість застосування телемедичних технологій залежно від конкретної медико-організаційної ситуації та клінічних показань.

Водночас такі модифікації не повинні призводити до зменшення обсягу медичної допомоги, кількості лікувально-діагностичних маніпуляцій чи переліку медичних послуг, передбачених відповідним клінічним протоколом. Для забезпечення належної якості та безпеки телемедичних процедур медичні працівники повинні володіти відповідними професійними компетентностями, що формуються на додипломному та/або післядипломному етапах підготовки, у тому числі в системі безперервного професійного розвитку.

Актуальною та остаточно не врегульованою правовою проблемою у сфері телемедицини залишається нормативне визначення механізмів розподіленого зберігання медичної інформації та регламентування доступу до неї. Розроблення ефективних правових і організаційних рішень з цього питання є одним із пріоритетних завдань найближчої перспективи.

В Україні нормативно-правове забезпечення застосування телемедичних технологій у сфері охорони здоров'я формується сукупністю законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, а також наказів Міністерства охорони здоров'я України.

Таким чином, національна нормативно-правова база, що регламентує використання телемедицини в Україні, охоплює такі основні компоненти:

- законодавчі акти, які визначають порядок надання медичної та медико-санітарної допомоги;

- нормативні документи, що регулюють медичний документообіг та інформаційні потоки;
- акти, спрямовані на забезпечення захисту й конфіденційності медичної інформації;
- нормативно-правові документи, що встановлюють вимоги до звітності та протоколювання;
- законодавчі та підзаконні акти, які регламентують використання апаратно-програмних засобів у телемедичній діяльності.

2.3. ТЕЛЕМЕДИЧНА ПРОЦЕДУРА. ЗАСТОСУВАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ТЕЛЕМЕДИЧНИЙ КАБІНЕТ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Телемедична процедура - формалізована та регламентована сукупність скоординованих дій абонента, консультанта, координатора, пацієнта та допоміжного медичного персоналу, що реалізуються із застосуванням комп'ютерних і телекомунікаційних технологій та спрямовані на досягнення чітко окресленої медичної мети.

На сучасному етапі розвитку систем охорони здоров'я виокремлюють такі **базові види телемедичних процедур,** які формують інтегровану телемедичну інфраструктуру:

- телемедичне консультування;
- біотелеметрія (телемоніторинг);
- домашня (індивідуалізована) телемедицина;
- телескринінг;
- телеприсутність;
- телеасистування;
- дистанційне навчання.

Основні телемедичні процедури

Телемедичне консультування — це процес надання медичних консультацій пацієнту або іншому медичному фахівцю в дистанційному режимі з використанням засобів інформаційно-комунікаційних систем.

Телеметрія — комплекс технологій і технічних засобів, що забезпечують віддалене вимірювання, інтерпретацію, оброблення та передавання даних про фізіологічні показники стану здоров'я людини (зокрема, телеметричні кардіологічні діагностичні комплекси типу UNET).

Телемоніторинг — форма дистанційного спостереження за показниками здоров'я пацієнта з використанням спеціалізованих медичних пристроїв, орієнтованих на контроль певних патологічних станів, із передаванням отриманих даних лікарю та до закладів охорони здоров'я через канали зв'язку.

Телемедична візуалізація — сукупність технологій отримання, передавання та оброблення зображень органів, тканин і систем організму людини з метою клінічного аналізу, діагностики та лікування. До таких технологій належать телерадіологія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукові методи дослідження, ендоскопія, еластографія, тактильна візуалізація, термографія тощо.

Дистанційне навчання — форма безперервного професійного розвитку медичних працівників без відриву від основного місця роботи, що реалізується шляхом проведення відеосемінарів, конференцій та телемедичних консиліумів, у межах яких досвідчені фахівці передають знання та практичні навички колегам.

Трансляція хірургічних операцій і складних медичних маніпуляцій — інструмент телемедицини, який забезпечує можливість експертної оцінки якості виконання лікувальних втручань, а також отримання оперативних практичних рекомендацій з метою оптимізації хірургічної тактики та підвищення ефективності лікування**.**

Домашня телемедицина — це форма дистанційного надання медичної допомоги пацієнтам, які проходять лікування або медичне спостереження в домашніх умовах. Вона передбачає застосування спеціалізованих телемедичних технічних засобів, що забезпечують збір, передавання та первинну обробку медичних даних пацієнта з місця його перебування до віддаленого телемедичного центру з метою подальшого аналізу та клінічної інтерпретації відповідними фахівцями.

Застосування телемедицини в закладах охорони здоров'я

Надавачами телемедичних послуг у системі охорони здоров'я можуть виступати:

- лікарі закладів охорони здоров'я;
- науково-педагогічні працівники кафедр закладів вищої медичної освіти та співробітники науково-дослідних установ;
- фізичні особи — підприємці, які здійснюють діяльність з медичної практики відповідно до чинного законодавства.

Телемедичний кабінет закладу охорони здоров'я

Кабінет телемедицини створюється в закладі охорони здоров’я з метою забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги пацієнтам із використанням телемедичних технологій, зокрема у випадках, коли територіальна віддаленість є визначальним обмежувальним чинником.

Кабінет телемедицини є структурним підрозділом закладу охорони здоров’я та у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України, постановами Верховної Ради України, актами Кабінету Міністрів України, іншими нормативно-правовими актами, а також положенням про кабінет телемедицини закладу охорони здоров’я.

Персонал кабінету телемедицини

Штат кабінету телемедицини формується з:

- лікарів, які під час присвоєння або підтвердження професійної кваліфікаційної категорії пройшли спеціалізовану підготовку з питань надання медичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій у межах післядипломної освіти;
- медичних сестер, відповідальних за ведення медичної, статистичної та облікової документації як в електронній формі, так і на паперових носіях;
- інженерно-технічних працівників, які забезпечують безперебійну роботу технічних і програмних засобів кабінету.

Основні завдання кабінету телемедицини

До ключових завдань кабінету телемедицини належать:

- забезпечення процесу надання медичної допомоги пацієнтам із використанням телемедичних технологій та впровадження інноваційних рішень у діяльність закладу охорони здоров’я;
- ведення медичної, статистичної та облікової документації в електронному та паперовому форматах, що використовується при наданні телемедичних послуг;
- організація взаємодії зі структурними підрозділами закладу охорони здоров’я, юридичними та фізичними особами — підприємцями, які надають телемедичну допомогу, а також участь у розробленні методичних рекомендацій щодо впровадження телемедицини;
- забезпечення раціонального та ефективного використання матеріально-технічних ресурсів кабінету;
- дотримання вимог конфіденційності, цілісності та захисту медичної інформації про стан здоров’я пацієнта, а також принципів медичної етики та деонтології.

- опрацювання звернень щодо проведення телемедичного консультування, формування відповідних запитів та організація пошуку профільного консультанта;
- аналіз і систематизація консультативних висновків, отриманих у результаті телемедичного консультування;
- інформування пацієнта та/або лікуючого лікаря про результати проведених телемедичних консультацій;
- ведення журналу обліку телемедичних консультацій відповідно до затвердженої форми первинної облікової документації № 003/тм «Журнал обліку телемедичних консультацій», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681;
- забезпечення зберігання консультативних висновків на паперових носіях, а також виготовлення їх копій у разі необхідності;
- здійснення обліку запитів на телемедичне консультування та отриманих висновків консультантів;
- організація направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я для отримання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Керівництво телемедичним кабінетом

Кабінет телемедицини очолює завідувач, який призначається на посаду та звільняється з посади керівником закладу охорони здоров'я відповідно до порядку, визначеного чинним законодавством України.

Функції завідувача телемедичного кабінету

Завідувач телемедичного кабінету здійснює організаційно-управлінські та контрольні функції, зокрема:

- забезпечує загальне керівництво діяльністю кабінету;
- створює умови для безперервного професійного розвитку працівників кабінету та здійснює контроль за своєчасністю підвищення їх кваліфікації;
- формує належні умови праці, забезпечує дотримання персоналом правил внутрішнього трудового розпорядку, вимог охорони праці та протипожежної безпеки;
- організовує діяльність кабінету та його взаємодію з іншими структурними підрозділами закладу охорони здоров'я;
- координує процес надання медичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій;
- забезпечує впровадження сучасних методів діагностики та лікування у практичну діяльність кабінету;

- контролює своєчасне отримання, належне зберігання та ефективне використання медичного обладнання, а також технічних і програмно-інформаційних засобів;
- організовує дотримання санітарно-гігієнічних вимог, необхідних для належного функціонування кабінету;
- здійснює контроль за веденням медичної, облікової та статистичної документації та забезпечує подання відповідної звітності керівництву закладу охорони здоров'я;
- проводить аналіз показників діяльності кабінету, вживає управлінських заходів щодо підвищення ефективності його роботи та несе персональну відповідальність за результати діяльності;
- вносить керівнику закладу охорони здоров'я пропозиції щодо прийняття на роботу, переведення або ротації працівників телемедичного кабінету.

2.4. ТЕЛЕМЕДИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Телемедичне консультування (синоніми: телеконсультування, дистанційне або віддалене консультування) визначається як організований процес дистанційного професійного обговорення конкретного клінічного випадку з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, спрямований на підтримку прийняття обґрунтованих, своєчасних і оптимальних клінічних рішень щодо надання екстреної або планової медичної допомоги.

Основною **метою** телемедичного консультування є забезпечення доступної та якісної медичної допомоги різних рівнів — від первинної долікарської до спеціалізованої та висококваліфікованої — безпосередньо в місці виникнення потреби в медичному втручанні.

Показання до проведення телемедичного консультування

Телемедичне консультування доцільне у випадках:

- необхідності встановлення діагнозу та визначення оптимальної тактики лікування при рідкісних, тяжких або захворюваннях з атиповим клінічним перебігом;
- потреби у розробленні та корекції заходів профілактики можливих ускладнень захворювання;
- планування або виконання нових та/або малопоширених оперативних, лікувальних чи діагностичних втручань і процедур;

- відсутності у закладі охорони здоров’я профільного спеціаліста відповідної або суміжної медичної спеціальності, а також за умов недостатнього клінічного досвіду для повноцінної діагностики чи лікування конкретної патології;
- значної територіальної віддаленості пацієнта від закладів охорони здоров’я або перебування в особливих умовах (авіаперельоти, мореплавство, гірська місцевість, зони бойових дій тощо);
- можливості оптимізації економічних та фінансових витрат на діагностичні й лікувальні заходи без зниження їх якості та клінічної ефективності.

До **ключових завдань** телемедичного консультування належать:

- надання дистанційної експертної підтримки у процесі прийняття діагностичних і клінічних рішень;
- дистанційний супровід лікувально-діагностичного процесу та реалізації профілактичних заходів;
- забезпечення дистанційної лікувально-діагностичної діяльності фахівців у закладах охорони здоров’я віддалених, сільських і важкодоступних територій;
- мінімізація часових витрат від моменту виникнення захворювання, його загострення або травми до отримання спеціалізованої та кваліфікованої медичної допомоги;
- зниження витрат на медичне та соціальне забезпечення, а також транспортних і відрядних витрат;
- оптимізація маршрутів пацієнтів і зменшення кількості необґрунтованих транспортувань;
- забезпечення безперервного професійного розвитку та підвищення кваліфікації медичних працівників;
- покращення клінічних результатів лікування та загальних показників здоров’я населення.

Телемедичні консультації класифікують в такий спосіб:

За методом проведення:

- Синхронні.
- Асинхронні.

За формою організації:

- Формальні.
- Неформальні.
- Друга думка.

- За самозвертанням.

Синхронне телемедичне консультування (синоніми: реальночасове, очне, онлайн, *realtime*) є формою телеконсультування, за якої всі учасники консультативного процесу одночасно підключені до однієї телемедичної системи та здійснюють інтерактивну взаємодію.

За цієї моделі передача медичної та супровідної інформації, її аналіз і професійне обговорення відбуваються в режимі реального часу з одночасною участю всіх залучених сторін. У клінічній практиці синхронне телеконсультування переважно застосовується для надання невідкладної (ургентної) медичної допомоги, проведення телемедичних консиліумів і значно рідше — у межах планової медичної допомоги.

При використанні синхронного телемедичного консультування на догоспітальному етапі воно часто набуває форми інструктажу.

Інструктаж — це телемедична процедура, що передбачає забезпечення фізичної особи (санітара, парамедика або іншого виконавця допомоги) двостороннім аудіо- та відеозв'язком з лікарем-експертом з метою отримання оперативних рекомендацій щодо надання першої медичної допомоги.

Інструктаж є спрощеним різновидом телеконсультування і має такі характерні особливості:

- застосовується виключно для надання першої та невідкладної медичної допомоги; дискусійний формат відсутній, а консультант надає чіткі, алгоритмізовані вказівки відповідно до чинних стандартів і протоколів першої допомоги при конкретних патологічних станах або травмах;
- абонентом телемедичної послуги переважно є особа без медичної освіти.

Зазначена форма телемедичної взаємодії широко використовується у військовій медицині, медицині катастроф, а також у службах екстреної медичної допомоги.

Асинхронне телемедичне консультування (синоніми: відстрочене, відкладене, заочне, офлайн, *store-and-forward*) є різновидом телеконсультування, за якого учасники консультативного процесу взаємодіють із телемедичною системою послідовно, у різні, заздалегідь не синхронізовані часові інтервали.

Передача та опрацювання медичної і супровідної інформації в цьому випадку здійснюються у різні часові проміжки, а загальна тривалість телеконсультації може становити від 24 годин і більше. У клінічній практиці асинхронне телеконсультування переважно використовується для надання планової медичної допомоги.

Формальне телеконсультування — це вид телемедичного консультування, який здійснюється між двома або більше організаціями на підставі договорів, нормативно-правових актів, регламентів чи інших юридично визначених документів.

Неформальне телемедичне консультування — це форма міжколегіальної професійної взаємодії медичних працівників, що здійснюється у спеціалізованих медичних інтернет-спільнотах із використанням різних мережевих сервісів, зокрема електронних розсилок, соціальних мереж, форумів та інших онлайн-платформ. Такий вид консультування має дорадчий характер і не завжди регламентується офіційними нормативно-правовими документами.

Телеконсультування за принципом «другої думки» передбачає звернення до незалежного лікаря-експерта з метою верифікації або уточнення діагнозу, обґрунтованості обраної тактики лікування, а також вирішення інших клінічних і організаційних питань.

Телеконсультування за самозверненням — це форма дистанційної взаємодії, ініційована пацієнтом шляхом електронного звернення до медичної організації (через електронну пошту або спеціалізовані веб-форми на офіційному сайті). Зазначений формат належить до сфери інтернет- або кібермедицини та не може розглядатися як складова клінічної телемедицини у вузькому професійному розумінні.

Основні показання до проведення телемедичного консультування

До ключових клінічних та організаційних підстав для застосування телемедичного консультування належать:

- уточнення або підтвердження клінічного діагнозу;
- визначення або корекція тактики лікування;
- вибір методів профілактики можливих ускладнень;
- оцінка доцільності переведення пацієнта до спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу;
- визначення показань до очної консультації лікаря відповідного профілю;
- необхідність діагностики та лікування рідкісних, тяжких або захворювань з атиповим клінічним перебігом;
- потреба у виконанні нових або малопоширених видів лікувальних чи діагностичних втручань;
- відсутність у закладі охорони здоров’я відповідного фахівця або недостатній рівень клінічного досвіду для самостійного ведення пацієнта;

- проведення зовнішнього аудиту лікувально-діагностичної діяльності, наявність сумнівів у пацієнта щодо коректності встановленого діагнозу або запропонованої лікувальної стратегії, розгляд звернень і скарг;
- можливість оптимізації економічних і фінансових витрат на діагностику та лікування без зниження їх якості та ефективності;
- вибір оптимального закладу охорони здоров'я для планового або ургентного лікування пацієнта, узгодження умов і термінів госпіталізації;
- надання медичної допомоги за умов значної географічної віддаленості пацієнта від медичних центрів (під час авіаперельотів, мореплавства, перебування в гірській місцевості, у зоні бойових дій тощо);
- географічна недоступність окремих вузькопрофільних спеціалістів, необхідних у процесі діагностичного обстеження;
- пошук альтернативних підходів до розв'язання складних клінічних завдань;
- отримання додаткових знань і практичних навичок щодо конкретної клінічної проблематики.

Учасники телемедичної консультації

Основними суб'єктами телемедичної консультації є абонент, координатор та експерт (консультант). Залежно від формату та цілей телеконсультації до процесу можуть залучатися безпосередньо пацієнт (особливо у випадках синхронного телеконсультування та відеоконференцій), інженерно-технічний персонал, а також фахівці немедичних галузей.

Пацієнт — фізична особа, медична документація якої надається для проведення телемедичної консультації або іншої телемедичної процедури.

Абонент — юридична або фізична особа, зокрема медичний працівник або лікар, що представляє клінічний випадок для розгляду в межах телемедичної процедури.

Координатор (диспетчер) — фахівець із вищою або повною вищою медичною освітою, що володіє навичками користування комп'ютерними та інформаційно-комунікаційними технологіями на рівні користувача та забезпечує безперебійну організацію і технічну підтримку проведення телемедичних процедур.

Експерт (консультант) — фахівець або група фахівців, відповідальних за клінічний аналіз, оцінку та надання професійних висновків щодо представленого клінічного випадку.

Процес телемедичної консультації наведено на рис. нижче.

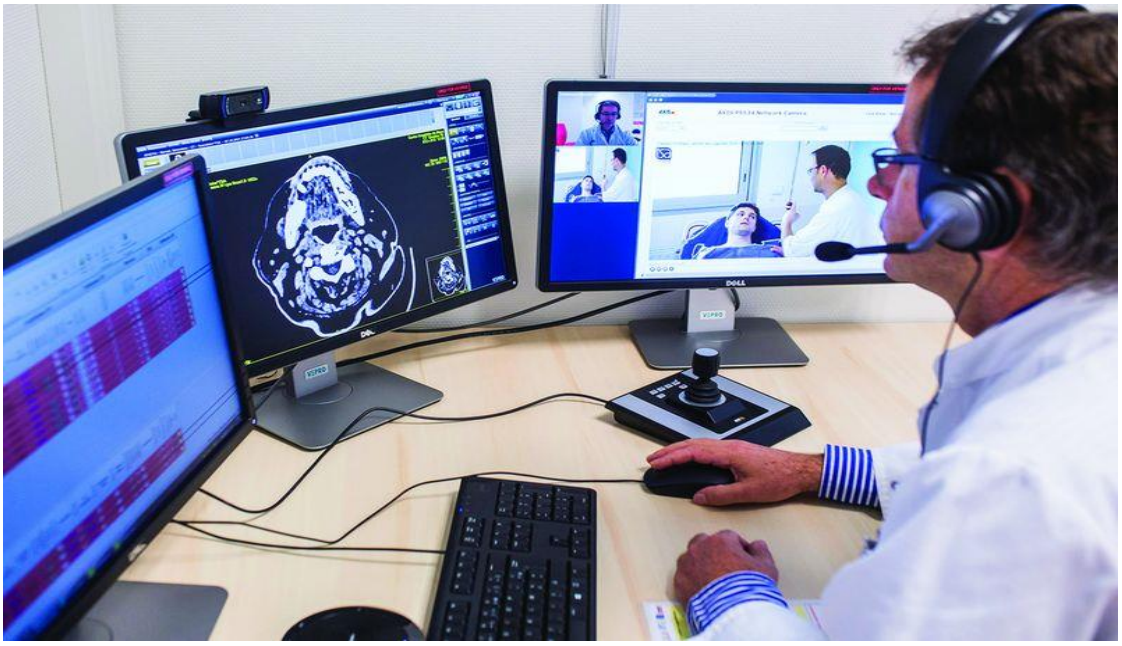


Рис. 2.1. Процес телемедичної консультації
Джерело зображення: https://egolovlikar.expertus.com.ua/10024443

Дуже якісно вимоги до інформаційно-структурного наповнення рекомендацій експерта (за І.А.Камаєвим із співавт., 2001):

1. **Діагноз захворювання** — остаточний або попередній. У разі попереднього діагнозу обґрунтовується неможливість встановлення точного діагнозу, наводяться алгоритми диференційної діагностики та перелік додаткових лабораторно-інструментальних досліджень, необхідних для уточнення діагностичного висновку.

2. **Рекомендації щодо лікування, реабілітації та профілактики**, які мають містити:

а) **Медикаментозне лікування** — зазначення конкретних лікарських засобів, дозувань, схем застосування та тривалості терапевтичних курсів;

б) **Оперативне лікування** — назва операції, рекомендації щодо техніки виконання, а також опис особливостей проведення втручання, якщо такі наявні;

в) **У разі неможливості однозначного призначення лікування** — альтернативні варіанти з описом алгоритмів вибору найбільш доцільного підходу.

3. **Відповіді на додаткові питання**, що були поставлені консультанту при направленні на телемедичну консультацію, а також інша інформація, яку експерт вважає за необхідне повідомити.

4. **Рекомендації щодо очної консультації** — обґрунтування та умови направлення пацієнта на очне обстеження або лікування, включаючи

оперативне втручання. У разі платних послуг надається орієнтовна вартість або посилання на доступний прайс-лист.

5. **Дата проведення консультації**, відомості про консультанта та його підпис.

Інженерний персонал (технік-асистент, інженер телемедичного центру) — це фахівці з вищою освітою у сфері телекомунікацій та інформаційно-комп'ютерних технологій, які забезпечують безперебійну експлуатацію телемедичного та іншого медичного обладнання, а також підтримують стабільність каналів зв'язку.

Представники немедичних спеціальностей за певних обставин можуть залучатися до телемедичної діяльності, найчастіше це перекладачі та юристи. Такі фахівці повинні бути ретельно проінструктовані щодо законодавчих вимог з нерозголошення медичної таємниці, правил телемедичної деонтології та етики, а також мати належним чином оформлені й підписані документи, аналогічно до інженерного персоналу.

Телемедична історія хвороби — структурований запит на проведення телемедичної консультації, що формується абонентом (лікарем або безпосереднім медичним працівником) і містить найбільш релевантні дані про пацієнта. У загальному вигляді структура телемедичної історії хвороби включає:

- Короткий епікриз: ідентифікаційні дані пацієнта, стать, вік, діагноз, скарги, критичні анамнестичні дані, загальний та локальний статус;
- Результати додаткових обстежень: лабораторних, інструментальних, радіологічних тощо, які є критично важливими для встановлення діагнозу та визначення тактики лікування;
- Питання до консультанта.

Основні вимоги до телемедичної електронної історії хвороби:

- інформаційна та методична відповідність загальноприйнятим формам медичної звітної документації згідно з національним законодавством;
- мінімальний фізичний обсяг файлів при збереженні максимальної діагностичної цінності;
- критичність даних, тобто включення лише інформації, яка має безпосереднє значення для оцінки стану пацієнта або прийняття клінічних рішень, тоді як нормальні або супровідні дані можуть бути виключені;
- стандартизоване оформлення та використання файлів;
- гнучкість структури для забезпечення адаптації під конкретний клінічний випадок.

Для проведення телеконсультування можуть застосовуватися такі стандарти обміну медичною інформацією:

1. **Обмін медичною інформацією за спеціалізованими стандартами** — наприклад, DICOM, HL7 та інші.

2. **Обмін медичною інформацією у вигляді цифрового потоку** між діагностичним обладнанням із телемедичними функціями, що регламентується інженерними стандартами, як міжнародними (наприклад, SCP-ECG), так і авторськими розробками виробників.

Обмін медичною інформацією у вигляді комп'ютерних файлів реалізується через:

- використання типових форматів файлів (табл. 2.1.);
- застосування єдиної (уніфікованої) медичної інформаційної системи, наприклад HL7, або авторських стандартів розробників.

Безпека телемедичного консультування поділяється на дві складові:

- **клінічна безпека**, що забезпечує відсутність шкідливого впливу телемедичних лікувально-діагностичних комплексів на життя та здоров'я пацієнтів;
- **інформаційна безпека**, яка регламентує захист медичних даних та конфіденційної інформації під час передачі та обробки.

Другим аспектом безпеки є **забезпечення нерозголошення медичної таємниці та конфіденційності персональних даних пацієнта**.

Клінічна безпека телемедичного консультування реалізується наступними заходами:

1. Остаточне клінічне рішення завжди приймає безпосередній медичний працівник (лікар). Авторитет або науковий титул експерта не є критичним фактором. Рекомендації експерта розглядаються як допоміжні для прийняття оптимального клінічного рішення, але не як самостійні рішення.

2. У разі сумнівів щодо якості або адекватності отриманих рекомендацій, неможливості їх повного або часткового виконання, а також у разі сумнівів у можливості проведення лікувально-діагностичного процесу на належному рівні навіть після телеконсультації, лікар має направити пацієнта на вищий рівень медичної допомоги або запросити очну консультацію лікаря-експерта.

3. Експерт має право відмовитися від проведення телеконсультації при недостатності даних про пацієнта або при об'єктивних чи суб'єктивних порушеннях цілісності, обсягу чи адекватності вихідної інформації. У такому випадку рекомендується проведення очного огляду пацієнта.

Таблиця 2.1

Стандартні формати файлів для надання медичної інформації з метою телемедичного консультування

Вид документа	Формат файлу
Форма медичної облікової документації (будь-яка)	PDF*
Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого для телемедичних консультацій	PDF*, RTF
Текст (результати фізікального обстеження, копії епікризів, оглядів фахівців, результати інструментально-лабораторних досліджень і т.д.)	PDF*, RTF, JPEG*
Лабораторні дані	PDF*, RTF, JPEG*
Рентгенограма	JPEG*, DICOM
Томограма	DICOM, JPEG*
Довільне радіологічне зображення	JPEG*, TIFF, DICOM
Сонограма	DICOM, JPEG*
Електрокардіограма	SCP-ECG, ***
Електрограма (енцефало-, рео-, міо- і т.д.)	JPEG*, PDF*, DICOM
Ендоскопічне зображення (статичне)	DICOM, JPEG*, TIFF
Гістологічне зображення	DICOM, JPEG*, TIFF
Довільне діагностичне зображення (термограма, сцинтіграма й т.д.)	JPEG*, PDF*, DICOM
Фотографія пацієнта (загальні види)	JPEG*, TIFF
Фотографія місця хвороби	JPEG*, BMP, TIFF
Відеоепізод (обсяги рухів, рефлекси, симптоми)	MPEG*, AVI
Аудіоепізод (мова пацієнтів, аускультативна картина)	MP3*, WAV, WMA
Довільна текстова інформація	PDF*, RTF
Довільна графічна інформація	JPEG*, TIFF
Довільна звукова інформація	MP3*, WAV, WMA
Довільна відеоінформація	MPEG*, AVI
Дані діагностичних пристроїв (при синхронному обстеженні)	DICOM, ***
Дані моніторування	DICOM, JPEG*, PDF*, ***

*Примітка. Даний формат файлу є стандартами ISO для зберігань і пересилання відповідних видів інформації (текстової, графічної, звукової, візуальної). **Примітка - обов'язковим є збереження медичної таємниці. Всі персональні дані повинні бути видалені й замінені на ідентифікатор пацієнтів. Якщо збереження анонімності неможливо, то це повинне бути особливо відзначене в письмових інформованих згодах. ***Примітка - як виключення можуть використовуватися формати й стандарти виробників устаткування*

Джерело зображення: https://health-ua.com/article/19472

Інформаційна безпека телемедичного консультування забезпечується шляхом застосування наступних апаратно-програмних та телекомунікаційних засобів:

1. Використання закритих каналів зв’язку (VPN, корпоративні медичні мережі, розгорнуті на базі існуючих провайдерських мереж).

2. Шифрування інформації (криптографічний захист) та застосування електронного цифрового підпису.

3. Антивірусний та антиспамовий захист робочих станцій, використання спеціалізованих мережевих засобів безпеки (файрволи, брендмауери).

4. Авторизований доступ до робочих станцій, серверів та окремих баз даних із використанням паролів.

5. Передача інформації в анонімізованому вигляді.

6. Використання міжнародних стандартів обміну медичною інформацією (наприклад, DICOM, SCP-ECG).

NB! При передачі медичної інформації через відкриті канали зв'язку обов'язковим є використання анонімізованих даних або застосування криптографічного захисту з електронним цифровим підписом.

Клінічна та інформаційна безпека забезпечуються також через обов'язкове отримання письмової інформованої згоди пацієнта (його родичів або довірених осіб відповідно до національного законодавства) на проведення телемедичного консультування та на лікувально-діагностичну програму, сформовану за його результатами.

На відміну від очного діагностичного процесу, критичним фактором у телемедичному консультуванні є обсяг та достовірність інформації, наданої абонентом. Достовірність представлених даних безпосередньо впливає на клінічний висновок лікаря-експерта і може призвести до відмови від надання висновку у разі їх недостатності або суперечливості. У разі сумнівів щодо достовірності вихідної інформації експерт може запитати додаткові дані в лікаря-абонента або отримати коментарі щодо вже представленої інформації, включно з уточненням умов проведення досліджень або методів отримання зображень. Нові дані підлягають порівняльній оцінці щодо достовірності з вихідною інформацією відповідно до визначених критеріїв.

Основні критерії оцінки достовірності інформації, отриманої для телеконсультації (за А.Григор'євим із співавт., 2001):

1. Повнота, упорядкованість і діагностична достатність.

2. Несуперечність або явна вказівка на взаємне протиріччя.

3. Якість представлених зображень, записів біоелектричних сигналів і відеофрагментів.

4. Адекватність використаної термінології.

5. Кваліфікація консультуємого й статус лікувальної установи.

6. Накопичений практичний досвід координатора телемедичних консультацій.

Принципи підготовки інформації для телемедичної консультації (за І.Камаєвим із співавт., 2001):

Принцип якості передбачає забезпечення належних технічних характеристик переданої медичної інформації (зокрема контрастності, збереження колірної гами, просторової роздільної здатності та чіткості зображень), а також неухильне дотримання чинних медичних стандартів, технологій, клінічних протоколів проведення процедур і діагностичних досліджень.

Принцип повноти полягає у наданні оптимального та достатнього обсягу інформації за кожним матеріалом, що подається для телемедичної консультації, з метою забезпечення можливості всебічної клінічної оцінки.

Принцип об'єктивності забезпечує можливість незалежного професійного аналізу представлених даних консультантом, що дозволяє сформувати обґрунтований експертний висновок, у тому числі у випадках, коли він не збігається з попередньою клінічною думкою лікаря-абонента.

Телемедичне консультування підлягає обов'язковому документуванню за аналогією з рутинними лікувально-діагностичними заходами. Заповнені форми медичної обліково-звітної документації вносяться до історій стаціонарних або амбулаторних пацієнтів та зберігаються в архівах відповідних закладів охорони здоров'я. Доцільним є також формування електронного архіву, який містить повний обсяг матеріалів щодо кожної телеконсультації, проведеної в межах окремого підрозділу або медичної установи загалом.

Для належного документування телемедичних консультацій використовується орієнтовний перелік обліково-звітної документації, до якого належать:

- направлення на проведення телемедичної консультації;
- виписка з медичної карти амбулаторного або стаціонарного пацієнта, підготовлена для телемедичної консультації;
- запит на проведення телемедичної консультації;
- щоденник обліку діяльності телемедичного кабінету або телемедичного центру;
- журнал реєстрації телемедичних сеансів;
- консультативний телемедичний висновок фахівця;
- письмова інформована згода пацієнта на проведення телемедичної консультації;
- зобов'язання щодо нерозголошення медичної таємниці для працівників телемедичних центрів (кабінетів), які не мають медичної освіти.

В Україні протоколювання телемедичних консультацій здійснюється відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 261 від 26 березня 2010 року «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я».

Згідно з вимогами зазначеного нормативного акта, у процесі телемедичної діяльності застосовуються такі види документації:

- заявка на проведення телемедичної консультації, що містить стандартизовану структуру опису клінічного випадку;
- журнал реєстрації телемедичних консультацій;
- консультативний висновок експерта.

Особливо важливим аспектом документування є протоколювання процесу синхронних телемедичних консультацій, зокрема у форматі відеоконференцій, шляхом здійснення аудіо- та відеозапису. Відповідні аудіо- та відеопротоколи підлягають обов'язковому зберіганню в архіві разом з іншими матеріалами телеконсультації.

У разі застосування систем теле-ЕКГ для протоколювання доцільним є використання диктофонного аудіозапису діалогу між лікарем-експертом та лікарем-абонентом.

2.5. ДОМАШНЯ Й ІНДИВІДУАЛЬНА ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Домашня телемедицина — це сукупність діагностично-лікувальних приладів, медичних технологій та сервісів, інтегрованих за допомогою спеціалізованого пристрою (монітора) та/або домашнього персонального комп'ютера, призначених для забезпечення безперервної дистанційної медичної підтримки пацієнта в умовах його повсякденного життя.

Індивідуальна телемедицина визначається як система цілодобового надання медичної допомоги, медичних і суміжних послуг, а також постійного медичного супроводу пацієнта із використанням спеціалізованих персоналізованих телекомунікаційних пристроїв безпосередньо в точці виникнення медичної потреби.

Основною метою домашньої та індивідуальної телемедицини є моніторинг стану здоров'я пацієнта, динаміки патологічних процесів, ефективності лікування та реабілітації в умовах перебування пацієнта у звичному для нього середовищі.

Концепція домашньої телемедицини сформувалася ще в середині 1990-х років. Її виникнення було зумовлене низкою системних чинників, зокрема

недостатнім рівнем доступності та якості медичної допомоги для окремих груп населення, необхідністю оптимізації організації системи охорони здоров'я, глобальними демографічними змінами, пов'язаними зі старінням населення, а також обмеженою ефективністю традиційної «паперово-дільничної» моделі медицини.

У зв'язку з цим можна виокремити основні тригери розвитку домашньої телемедицини:

1. Потреба в медичній підтримці для групи населення «немає часу» (група ризику 1) — молоді, соціально активні особи, які через інтенсивний спосіб життя ігнорують профілактичні медичні огляди та звертаються по допомогу лише у критичних ситуаціях. Це сприяє переходу гострих захворювань у хронічні та швидкому прогресуванню субхронічних патологічних станів.
2. Потреба в медичній підтримці для групи населення «немає можливості» (група ризику 2) — особи похилого та старечого віку, самотні люди, пацієнти з тяжкими хронічними захворюваннями. Зазначена категорія населення не отримує необхідного обсягу постійної патронажної медичної допомоги через обмежені ресурси системи охорони здоров'я та власні фізичні обмеження.
3. Глобальне старіння населення, зумовлене зростанням тривалості життя внаслідок підвищення його якості. За демографічними прогнозами, значна частка населення у світі та в Україні становитиметься особами старших вікових груп, що об'єктивно підвищує потребу в ефективних моделях довготривалого медичного спостереження й підтримки.
4. Неефективність традиційних моделей госпітального та постгоспітального лікування окремих захворювань, що призводить до надмірних фінансових витрат, підвищеного ризику ускладнень, повторних госпіталізацій і перевантаження стаціонарних лікувальних закладів.

Завдяки комплексному впровадженню технологій домашньої телемедицини національна система охорони здоров'я отримує можливість:

- забезпечувати безперервний медичний моніторинг і, за необхідності, своєчасне медичне втручання для осіб, віднесених до групи ризику 1;
- надавати постійну медичну підтримку та створювати умови для автономного способу життя осіб групи ризику 2;
- оптимізувати амбулаторне лікування пацієнтів з метою підвищення його клінічної та економічної ефективності;
- суттєво підвищувати соціальний добробут населення та загальний рівень якості життя.

Системи індивідуальної телемедицини є логічним наступним етапом розвитку телемедичних технологій, оскільки їх впровадження дозволяє повною мірою реалізувати концепцію *Citizen (Patient)-Centred Health Care* («людино- та пацієнт-орієнтована система охорони здоров'я»). Відповідно до цієї концепції кожна особа за допомогою електронних систем охорони здоров'я повинна мати доступ до повного спектра медичних послуг — профілактичних, екстрених і планових — безпосередньо в місці свого перебування, тобто в «точці необхідності».

Висока ефективність застосування телемедичних технологій у межах цієї моделі полягає у зменшенні частоти ускладнень і несприятливих клінічних наслідків, досягненні суттєвого соціально-економічного ефекту, а також у покращенні якості та збільшенні тривалості життя населення.

Найбільш поширені практичні завдання домашньої телемедицини охоплюють:

- здійснення профілактичного та постгоспітального телемоніторингу стану здоров'я пацієнтів у домашніх умовах;
- надання дистанційної консультативної медичної допомоги;
- забезпечення психологічної підтримки пацієнтів за місцем проживання з використанням елементів психіатричної та психоаналітичної практики;
- реалізацію дистанційного відеоспостереження та контролю;
- моніторинг дотримання режиму медикаментозної терапії;
- навчання пацієнтів та осіб, залучених до процесу надання медичної допомоги.

Система домашньої (індивідуальної) телемедицини складається з (рис.2.2):

- домашнього або індивідуального сегмента (датчиків, діагностичних пристроїв, комп'ютерів або комп'ютеризованих пристроїв, шифраторів, модемів, терміналів зв'язку);
- лінії зв'язку;
- клінічного сегмента (комп'ютерів, спеціального програмного забезпечення, дешифраторів, модемів, терміналів зв'язку).



Рис. 2.2. Загальна схема будови сучасної системи домашньої телемедицини
Джерело зображення: https://egolovlikar.expertus.com.ua/643243

Характеристики домашнього (індивідуального) сегмента телемедичної системи

1. Пристрої для моніторингу фізіологічних показників являють собою стандартизовані засоби реєстрації, фіксації та оцінки клінічно значущих для пацієнта параметрів, зокрема електрокардіографічних даних, рівня сатурації кисню, концентрації глюкози в крові, змін маси тіла, показників системи гемостазу тощо. Їх визначальною особливістю є орієнтація на максимально спрощений інтерфейс і алгоритми використання, а також адаптація до індивідуальних потреб, функціональних можливостей і рівня навичок пацієнтів у побутових умовах (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Побутовий прилад для знімання ЕКГ в 1-му відведенні (для фіксації ЕКГ в 1-му відведенні досить прикласти прилад до грудної клітки в потрібній точці)
Джерело зображення: https://medapparatura.in.ua/

2. Прилади для асистування, контролю й керування – пристрої для допомоги пацієнтові в лікуванні, виконанні медичних призначень, обліку правильності й графіка їх виконання, конт- ролю стану пацієнта. Наприклад, системи контролю прийому медикаментів, що сповіщають call-центр за допомогою SMS-повідомлень про прийом медикаментів пацієнтом (рис.2.4); системи відеоспостереження з аналізом зображення (якщо пацієнт довгостроково перебуває без рухів – система видає повідомлення про можливий несвідомий стан і автоматично сповіщає службу швидкої допомоги й call-центр).



Рис. 2.4. Прилад для керування і контролю (якщо пацієнт багаторазово пропустив прийом медикаментів прилад автоматично сповіщає call-центр про можливу недієздатність підопічного)
Джерело зображення: https://medapparatura.in.ua/ua

3. Прилад для тривоги - датчики, що носяться постійно, основних вітальних функцій (ЕКГ, енцефалограми). У випадку «збою» (явищ аритмії, ішемії, наближення епіприступу й т.д.) сигнал з датчика автоматично передається в call-центр (найчастіше за допомогою SMS) для вживання екстрених заходів (рис.2.5).



Рис. 2.5. Мінідатчик ЕКГ (на лейкопластирі і система екстреного оповіщення, що носяться постійно
Джерело зображення: https://odrex.ua/ua

Прилади для тривоги функціонують автономно, без участі монітора-інтегратора. Такі засоби, як правило, оснащуються датчиками глобального позиціонування та/або сенсорами просторового положення тіла. Зазначені пристрої забезпечують не лише виявлення порушень життєво важливих функцій (зокрема, продромальних проявів епілептичного нападу, порушень серцевого ритму тощо), але й оцінку рівня порушення свідомості та визначення поточного місцезнаходження пацієнта з метою оперативного спрямування до нього бригади екстреної медичної допомоги.

Монітор-інтегратор — спеціалізований технічний засіб, призначений для агрегування та обробки цифрової інформації, що надходить від пристроїв, описаних у пунктах 1–3, а також для виконання функцій модему та комунікатора. Він забезпечує реалізацію різних каналів взаємодії, включно з голосовим зв’язком, електронною поштою, текстовими повідомленнями (чатом) і відеоконференцзв’язком (рис. 2.6-2.7).



Рис. 2.6. Монітор-інтегратор

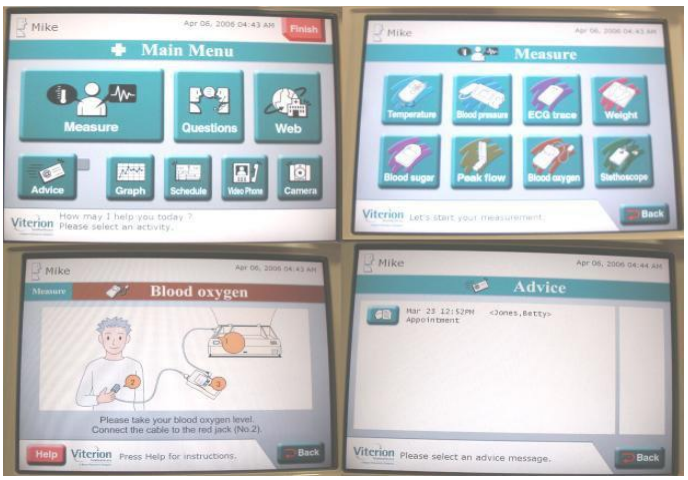


Рис. 2.7. Елементи роботи з монітором (головне меню, вибір методу діагностичного обстеження, мультимедійна інструкція з виконання самообстеження, чат з call-центром)

Джерело зображення: https://odrex.ua/ua

Особливості монітора-інтегратора включають:

- простоту експлуатації, що забезпечується інтуїтивно зрозумілим користувацьким інтерфейсом та мінімальною кількістю елементів керування, зокрема реалізацією принципу «однієї кнопки»;
- економічну та функціональну доцільність застосування порівняно з використанням персонального комп’ютера;
- можливість роботи виключно в режимі модему для безпосередньої передачі даних від сенсорних пристроїв домашнього сегмента до call-центру.

Важливою функціональною особливістю окремих моделей моніторів-інтеграторів є реалізація механізму щоденного самозвітування пацієнта шляхом заповнення стандартизованих анкет, що зазвичай містять 10–15 запитань щодо загального стану здоров’я з бінарними варіантами відповідей (наприклад, «Посилення задишки: так/ні»). Використання такого інструменту забезпечує щоденне надходження до патронажної медичної сестри та лікаря не лише об’єктивних даних моніторингу, але й суб’єктивної оцінки пацієнтом власного стану здоров’я.

Характеристика клінічного сегмента телемедичної системи

Call-центр (центр телемоніторингу, центр домашньої телемедицини) є організаційно-технічним комплексом, що включає сукупність персональних комп'ютерів, модемів та засобів телекомунікаційного зв'язку.

Основний кадровий склад call-центру представлений патронажними медичними сестрами, які відповідно до затверджених стандартів і клінічних протоколів надають пацієнтам дистанційні медичні послуги, зокрема телемедичне консультування. Функціональним ядром call-центру є комп'ютеризована приймальна станція, що забезпечує приймання, декодування, аналіз, накопичення та обробку сигналів, які надходять від віддалених моніторів-інтеграторів та автономних медичних пристроїв.

Як правило, одна приймальна станція (одне автоматизоване робоче місце call-центру) здатна дистанційно обслуговувати від 100 до 500 домашніх моніторів.

Програмне забезпечення call-центру базується на централізованій базі даних, що містить відомості про пацієнтів, результати обстежень, дані сенсорів та інших медичних пристроїв, і доповнюється елементами експертних систем. Таке програмне забезпечення забезпечує автоматизовану фільтрацію та селекцію пацієнтів і/або окремих записів із виявленими відхиленнями від заданих фізіологічних параметрів, що дозволяє своєчасно реагувати на потенційно клінічно значущі зміни стану здоров'я (рис.2.8).

Приймальна станція може функціонувати на базі call-центру лікувально-профілактичного закладу або у складі спеціалізованого структурного підрозділу компанії-виробника телемедичних систем. У першому випадку лікар здійснює роботу з інформацією про пацієнтів опосередковано — через персонал call-центру, отримуючи екстрені сповіщення, друковані матеріали або електронні файли з графічним і табличним відображенням динаміки фізіологічних показників, а також беручи участь у телеконсультаціях. При цьому первинний неавтоматизований аналіз даних і попереднє прийняття управлінських рішень покладається на патронажну медичну сестру.



Рис. 2.8. Робоче вікно ПЗ call-центра – система автоматично визначила й відзначила пацієнтів з порушеннями тих або інших фізіологічних функцій

Джерело зображення: https://unitsolutions.ru/telemedicine-26

У другому випадку лікар, як правило, здійснює регулярний самостійний моніторинг показників стану пацієнта та приймає первинні клінічні рішення, працюючи дистанційно з базою даних приймальної станції через захищений веб-інтерфейс (рис.2.9).

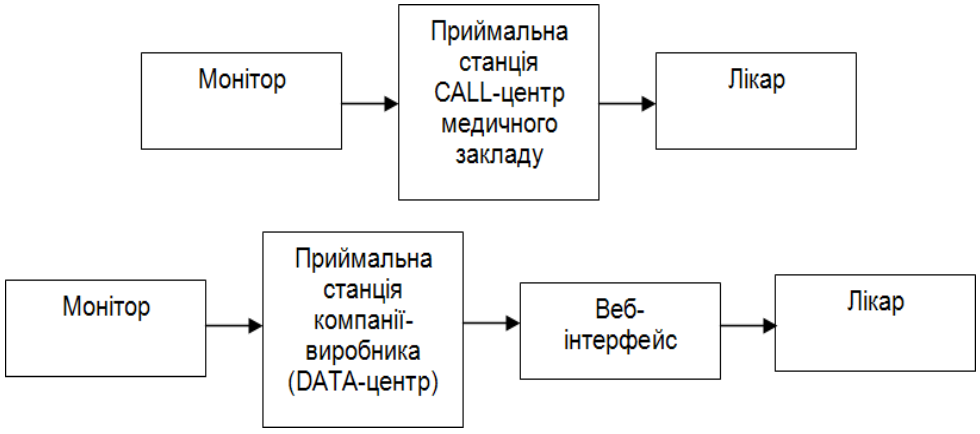


Рис. 2.9. Варіанти роботи лікаря з даними пацієнтів у системі домашньої телемедицини

Джерело зображення: https://unitsolutions.ru/telemedicine-26

Передача медичної інформації

У системах домашньої телемедицини захист переданої медичної інформації забезпечується різноманітними апаратно-програмними засобами, насамперед шляхом криптографічного шифрування.

Для трансляції даних використовуються такі основні види телекомунікацій:

- телефонія (стаціонарна та мобільна);
- IP-протоколи (Інтернет);
- мобільні мережі GSM і CDMA (зокрема передача SMS-повідомлень).

В умовах широкого поширення та низької вартості використання для передачі даних зі стаціонарних домашніх моніторів-інтеграторів переважно застосовується кабельний телефонний зв'язок. Сучасні системи індивідуальної телемедицини, однак, орієнтовані на масове використання мобільного зв'язку та бездротового Інтернету (GPRS, CDMA, 3G).

У такій конфігурації мобільний телефон виконує такі функції:

- оповіщення пацієнта про необхідність проведення досліджень або прийому ліків згідно з програмою спостереження або за ініціативою лікаря;
- дистанційний зв'язок з медичним приладом за допомогою бездротової технології та зчитування його даних;
- передача результатів обстежень у лікувально-профілактичну установу;
- сповіщення лікаря про екстрені патологічні стани через SMS-повідомлення;
- використання мобільного телефону як монітора-інтегратора, доповненого вбудованими діагностичними сенсорами (ЕКГ, рівень глюкози крові тощо) із можливістю автоматичного аналізу даних і їхньої передачі в медичну установу.

2.6. РЕАБІЛІТАЦІЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ТЕЛЕМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Відповідно до змін, внесених Верховною Радою України до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03 грудня 2020 року № 1053-IX (із останніми змінами, внесеними Законом України від 09 серпня 2023 року № 3301-IX), введено поняття телереабілітації, яке визначається як складова телемедицини, що забезпечує надання реабілітаційної допомоги пацієнтам фахівцями з реабілітації шляхом телеконсультування (у тому числі

телевідеоконсультування), поєднаного з дистанційним обстеженням, телеметрією та іншими формами взаємодії, що не суперечать чинному законодавству, із використанням інформаційно-комунікаційних технологій.

Мета надання медичної та реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини

Медична та/або реабілітаційна допомога з використанням телемедичних технологій надається з метою:

- забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до медичної та/або реабілітаційної допомоги;
- здійснення профілактичних заходів;
- проведення діагностичних процедур;
- динамічного спостереження за станом пацієнта;
- контролю показників здоров'я;
- реалізації лікувальних і реабілітаційних заходів.

Дії медичного працівника у разі невідкладного стану

У разі виникнення невідкладного стану, пов'язаного з гострим порушенням фізичного або психічного здоров'я пацієнта, що потребує надання екстреної чи спеціалізованої медичної допомоги, якщо такий стан виник під час надання медичної або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини чи телереабілітації, лікар зобов'язаний за можливості ініціювати виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Документування телемедичної та телереабілітаційної допомоги

Кожен випадок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини або реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації підлягає обов'язковому документуванню. Лікар або інший медичний працівник вносить відповідний медичний запис щодо проведеного огляду, консультації чи лікування згідно з Порядком ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587.

Особливості надання телемедичної допомоги в умовах воєнного стану

Функціонування системи телемедицини зазнає додаткового нормативного розширення в період дії воєнного стану в Україні та протягом шести місяців після його припинення або скасування. Зокрема, до надання медичної та реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедичних технологій і телереабілітації допускається залучення медичних працівників і

фахівців з реабілітації, які є іноземними громадянами, за винятком громадян стран - агресорів.

Зазначений підхід спрямований на забезпечення безперервності та доступності медичної допомоги населенню в умовах обмежених ресурсів, переміщення медичних кадрів і підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я, характерних для періоду воєнних дій.

Нормативно-правове регулювання застосування телемедицини під час воєнного стану

Застосування телемедицини в умовах воєнного стану здійснюється відповідно до чинних нормативно-правових актів України, які визначають особливості організації та надання медичної та реабілітаційної допомоги із використанням інформаційно-комунікаційних технологій у надзвичайних умовах та регулюється наступними нормативно-правовими актами:

- Закон України від 09.08.2023 "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини"
- Наказ МОЗ України від 17.09.2022 № 1695 "Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях"
- Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану"
- Наказ МОЗ України від 09.06.2022 № 994 "Про проведення тестової експлуатації телемедичних платформ (систем) в умовах воєнного стану в Україні".
- Наказ МОЗ від 22 січня 2024 року № 109 «Про дослідну експлуатацію засобів телемедицини в умовах воєнного стану в Україні»

Телемедичні рішення для надання психологічної допомоги

Після початку повномасштабної агресії росії проти України також було запроваджено та удосконалено ряд ініціатив та проектів для надання безкоштовної психологічної допомоги в онлайн-режимі. Були налагоджені прямі або опосередковані способи контакту з пацієнтами. Серед таких проектів можна виокремити благодійний фонд ментального здоров'я UA Mental Help, онлайн-платформу Розкажи мені, всеукраїнську програму піклування про ментальне здоров'я Ти як?, проект психологічної підтримки Поруч, Хаб стійкості, TeleHelp Україна, незалежний портал безкоштовних онлайн послуг Help24, тощо.

Телемедичні рішення, надані в межах гуманітарної допомоги

Станом на квітень 2024 року в Україні реалізується шість телемедичних проєктів, спрямованих на впровадження телемедичних технологій та забезпечення надання дистанційних медичних консультацій, зокрема:

1. проєкт із використання телемедичної платформи Teladoc Solo Platform;
2. телемедична реабілітація за напрямом нейросенсорних порушень;
3. віртуальна операційна Epiqar;
4. медичний робот HomeDoctor;
5. телемедична кардіотокографія Carebits;
6. система штучного інтелекту BrainScan.

Вагомим чинником розвитку телемедицини в Україні стало впровадження гуманітарних телемедичних рішень, наданих Міністерству охорони здоров'я України фізичними та юридичними особами — резидентами і нерезидентами — у формі благодійної та гуманітарної допомоги, грантів і дарунків. Зазначені ініціативи спрямовані на забезпечення потреб системи охорони здоров'я в умовах воєнного стану та у післявоєнний період реабілітації.

Teladoc Solo Platform — це багатофункціональна телемедична платформа для консультаційної взаємодії між лікарями та пацієнтами, яка забезпечує надання віртуальної медичної допомоги на всіх етапах охорони здоров'я: від профілактики та оздоровлення до надання невідкладної допомоги та комплексного лікування.

Rehabilitation Gaming System (RGS) — науково обґрунтоване телемедичне рішення у сфері нейросенсорної реабілітації, призначене для комплексного відновлення функціональних дефіцитів у пацієнтів із ураженнями головного мозку та опорно-рухового апарату. Платформа використовує комп'ютерні технології, мобільні пристрої та інструменти доповненої реальності для підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

Medical bot "HomeDoctor" — телемедична програмно-апаратна система у вигляді медичного робота, який може бути встановлений у домашніх умовах, лікувальних закладах або місцях тимчасового перебування пацієнтів. Система забезпечує безперервний моніторинг життєво важливих показників, автоматичне виявлення патологічних відхилень та передачу даних лікарю в режимі реального часу, що дозволяє оперативно оцінювати стан пацієнта та приймати клінічні рішення.

Телемедична платформа «System Carebits» — це комплексне програмно-апаратне рішення для дистанційного моніторингу стану вагітних,

яке забезпечує проведення кардіотокографічної діагностики плода з використанням портативних пристроїв тококардіографії Sigmafon, інтегрованих із телемедичною платформою. У межах гуманітарної допомоги Україна отримала телемедичну платформу, 300 портативних тококардіографів та необмежену кількість користувацьких ліцензій.

BrainScan — програмне рішення на основі штучного інтелекту, розроблене польським стартапом для автоматизованого аналізу комп'ютерно-томографічних зображень головного мозку. Система забезпечує швидке та точне виявлення церебральних уражень, скорочує час встановлення діагнозу, підвищує якість діагностичних рішень та надає клінічну підтримку медичному персоналу з обмеженим досвідом, що в цілому сприяє покращенню результатів лікування пацієнтів.

2.7. ПЕРЕВАГИ, НЕДОЛІКИ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ

Телемедицина довела свою ефективність як інструмент відновлення та розширення доступу населення до базових медичних послуг, зокрема для пацієнтів із хронічними та інфекційними захворюваннями, а також осіб із потребами у сфері психічного здоров'я.

Кризові умови, зокрема пандемія COVID-19 та воєнний стан, створили сприятливе середовище для впровадження інноваційних підходів у системі охорони здоров'я. Накопичений у цей період позитивний досвід застосування телемедицини потребує подальшої підтримки та масштабування шляхом міжсекторальної співпраці, залучення партнерів з розвитку та усунення нормативних, організаційних, фінансових і контекстуальних бар'єрів.

В Україні спостерігається позитивна динаміка консолідованих зусиль керівників системи охорони здоров'я на центральному та місцевому рівнях, постачальників телемедичних технологій і міжнародних партнерів щодо здійснення стратегічних інвестицій та надання технічної допомоги. Це створює передумови для трансформації викликів воєнного часу у формування більш стійкої та ефективної системи охорони здоров'я з інтегрованими цифровими рішеннями, які оптимізують використання обмежених фінансових ресурсів і зменшують бар'єри доступу населення до медичної допомоги.

До **основних переваг** телемедичних технологій належать:

- можливість надання консультативної допомоги пацієнтам, транспортування яких є неможливим або обмеженим у зв’язку з тяжкістю захворювання;
- залучення експертної думки іншого фахівця, що сприяє ухваленню оптимальних клінічних рішень із урахуванням колективного професійного досвіду;
- сприяння обміну знаннями та клінічним досвідом, що позитивно впливає на розвиток сучасної медицини;
- забезпечення медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій, стихійних лих або воєнного стану, коли спостерігається дефіцит медичних кадрів;
- суттєве скорочення часу передавання медичної інформації, зокрема результатів лабораторних та інструментальних досліджень;
- підвищення прозорості та керованості системи медичного обслуговування;
- для пацієнтів — забезпечення доступу до власних медичних даних, зменшення часових витрат за рахунок відсутності черг, можливість вибору фахівця, а також мінімізація ризику інфекційного зараження в період епідемій і пандемій;
- можливість безперервного дистанційного спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями та своєчасної корекції лікування.

Недоліки телемедицини

Пацієнти, які користувалися телемедичними послугами, загалом висловлювали задоволеність їх якістю та доступністю. Водночас аналіз практики застосування телемедицини свідчить, що в окремих випадках її використання було обмежене або ускладнене низкою об’єктивних і суб’єктивних чинників.

До основних бар’єрів належать:

- недостатній рівень поінформованості пацієнтів щодо наявності телемедичних послуг та їхнього права на отримання таких послуг;
- побоювання пацієнтів і надавачів медичної допомоги щодо відсутності або недостатності технічних засобів для реалізації телемедичних консультацій;
- незадовільна якість або повна відсутність стабільного інтернет-з’єднання.

Значна частина пацієнтів не обізнана з можливістю ініціювання телемедичного консультування та отримання відповідних послуг на

безоплатній основі, зокрема в межах Програми медичних гарантій. Як пацієнти, так і медичні працівники часто помилково вважають, що надання телемедичних послуг можливе виключно за наявності спеціалізованого обладнання, тоді як значна кількість сервісів (зокрема електронні рецепти та електронні направлення) може бути реалізована без використання спеціальних технічних засобів. Крім того, аудіоконсультації та текстові консультації можуть ефективно здійснюватися за допомогою стандартних мобільних пристроїв.

Водночас організація відеоконсультацій і використання чатботів навіть із застосуванням звичайного мобільного телефону потребує стабільного доступу до мережі Інтернет. Ця проблема набуває особливої актуальності в сільській місцевості, де часто відсутнє як фіксоване інтернет-підключення, так і належне покриття мобільного зв'язку.

Приклади застосування телемедицини

Основні напрямки використання

1. **Відеоконсультації та дистанційні прийоми**

Пацієнти можуть отримувати медичну консультацію онлайн через відеозв'язок без відвідування лікарні чи поліклініки — особливо важливо для тих, хто живе в віддалених регіонах або має обмежену мобільність.

Приклад: платформа **Help24 TeleHealth** в Україні надає онлайн-консультації, діагностику, психологічну допомогу та доступ до спеціалізованих послуг для людей із ВІЛ та іншими захворюваннями навіть в умовах війни чи важкого доступу до медичної допомоги.

2. **Дистанційний моніторинг здоров'я (Remote Patient Monitoring)**

Це використання сенсорів і пристроїв для **моніторингу стану пацієнта поза лікарнею**, наприклад контролю артеріального тиску, рівня глюкози чи пульсу. Дані передаються лікарю для аналізу та реакції на зміни стану здоров'я.

Приклад: RPM використовують для пацієнтів з хронічними захворюваннями (серцевою недостатністю, діабетом), де система автоматично передає дані для оцінки та попередження загострень.

3. **Віртуальні госпіталі та стаціонарна підтримка вдома**

Це організовані центри, що надають медичне обслуговування повністю дистанційно. Пацієнт отримує лікування, моніторинг та контроль вдома без госпіталізації.

Приклад у світі: *Mercy Virtual* — перший у світі віртуальний госпіталь у США, де пацієнти під дистанційним наглядом медиків отримують діагностику й рекомендації, а стан моніториться через спеціальні пристрої.

4. **Телемедичні чат-боти та системи підтримки**

Використовують алгоритми та чат-ботів для **початкового обстеження пацієнта**, надання порад чи попередньої оцінки симптомів через месенджери чи веб-інтерфейси.

Приклад: деякі мережі клінік створили *чат-боти* у популярних месенджерах для консультацій без живого лікаря, що полегшує доступ до базових медичних порад.

5. **Психологічна та психіатрична підтримка онлайн**

Телемедицина ефективно використовується для психологічних консультацій та терапії, особливо під час пандемії або кризових ситуацій, коли особисті зустрічі обмежені.

6. **Інші приклади застосування**

- Моніторинг хронічних станів: діабет, гіпертонія, серцеві захворювання — з використанням носимих пристроїв і платформ передачі даних.
- Підтримка після госпіталізації: лікарі контролюють стан пацієнтів вдома після виписки, знижуючи ризик повторних госпіталізацій.
- Експертні консультації між лікарями: узгодження складних випадків між спеціалістами, без необхідності фізичної присутності у консиліумі.

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ, ДІЯЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

3.1. ПОРЯДОК МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Медичне страхування розглядається як система організаційно-фінансових механізмів, спрямованих на забезпечення захисту життя і здоров'я громадян. Об'єктом страхування виступає стан здоров'я застрахованих осіб, а саме ризик його втрати чи погіршення внаслідок будь-яких причин, включно з розвитком захворювань або настанням нещасних випадків. Його призначення полягає у створенні фінансових гарантій для надання необхідної медичної допомоги та фінансування профілактичних заходів за рахунок акумульованих страхових коштів.

Сутність медичного страхування полягає в тому, що, сплачуючи відносно невеликий страховий внесок, громадяни отримують право протягом визначеного періоду користуватися широким спектром медичних послуг у закладах, які функціонують на комерційних засадах, без додаткових витрат з власного бюджету.

Страхове покриття може охоплювати не лише витрати, пов'язані з госпіталізацією, а й окремо фінансувати хірургічні втручання. Окрім компенсації безпосередніх медичних витрат, страхові програми здатні забезпечувати фінансову підтримку процесів реабілітації та адаптації особи до змінених умов життєдіяльності. Деякі страхові продукти передбачають можливість отримання медичної допомоги як у вітчизняних закладах охорони здоров'я, так і за їх межами.

Отже, страхування життя та здоров'я виступає інструментом фінансового захисту застрахованої особи та її родини у разі настання страхового випадку.

Страхова медицина становить складну систему товарно-грошових відносин у сфері охорони здоров'я, у межах якої медична послуга постає як гарантований, попередньо оплачений та якісний «товар». Надавачами такого «товару» є медичні заклади чи окремі фахівці, тоді як його «покупцями» виступають держава, організації різних форм власності або фізичні особи, від імені яких укладаються страхові угоди. Основною метою страхової медицини є забезпечення рівного доступу громадян до медичної допомоги незалежно від

їхнього соціального статусу чи місця проживання.

Ключовими характеристиками страхової медицини є:

• поширеність у більшості країн світу;

• взаємодія з державним та приватним секторами охорони здоров'я;

• дотримання принципу солідарності, згідно з яким усі учасники здійснюють внески, а медичну допомогу отримує той, хто її потребує;

• високий професійний рівень медичних працівників;

• прозорість і договірний характер взаємин між учасниками системи;

• свобода вибору пацієнтом лікаря чи медичного закладу;

• стимулювання відповідального ставлення населення до власного здоров'я;

• орієнтація медичних фахівців на комунікабельність, ініціативність, професійний розвиток та підвищення соціального статусу.

Медичне страхування як інструмент функціонування страхової медицини забезпечує покриття витрат на лікування, амбулаторне чи стаціонарне обслуговування відповідно до умов страхової угоди. Фінансування відшкодувань здійснюється страховою організацією за рахунок спеціально сформованого страхового фонду, який наповнюється внесками страхувальників — як фізичних, так і юридичних осіб.

З економічної точки зору медичне страхування є механізмом акумулювання фінансових ресурсів для забезпечення доступу населення до медичної допомоги, а також інструментом справедливого й результативного фінансування діяльності медичних закладів та оплати праці медичних фахівців відповідно до обсягу та якості наданих послуг, незалежно від особливостей національних систем охорони здоров'я.

Основні завдання медичного страхування полягають у реалізації комплексу організаційно-фінансових функцій, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування системи страхової медицини. До ключових завдань належать:

1. Фінансування медичних послуг, що передбачає оплату діяльності лікувально-профілактичних закладів, соціальних установ та приватних лікарів відповідно до умов укладених договорів. Це здійснюється через страхові організації, які формують відповідні фонди за рахунок внесків громадян, підприємств та органів влади.

2. Посередницька діяльність у сфері організації та фінансування страхових програм, що забезпечує упорядкування та координацію процесів надання медичної допомоги населенню в межах страхової системи.

3. Моніторинг та контроль якості і обсягів медичної допомоги, яка надається застрахованим особам закладами охорони здоров'я чи окремими медичними працівниками в рамках виконання страхових програм.

Важливою специфічною рисою медичного страхування є те, що компенсація збитків у разі настання страхового випадку надається переважно у формі медичних послуг, а не у вигляді грошових виплат, що принципово відрізняє цей вид страхування від інших.

У межах медичного страхування страховими випадками вважаються захворювання, травми, патологічні або преморбідні стани, а також певні фізіологічні процеси (зокрема вагітність, пологи, клімактеричні зміни), які зумовлюють:

• необхідність отримання медичної допомоги;

• тимчасову чи стійку втрату працездатності, часткове або повне зниження соціальної активності;

• виникнення незапланованих витрат, пов'язаних зі зміною умов, стилю або способу життя, зокрема щодо місця проживання, характеру праці, харчування чи відпочинку, з метою збереження або відновлення здоров'я.

Медичне страхування характеризується наявністю об'єкта, предмета та суб'єктів страхової діяльності.

Предметом медичного страхування є майнові інтереси, що виникають у зв'язку з погіршенням стану здоров'я застрахованої особи, зокрема витрати, пов'язані з отриманням медичної допомоги та медичних послуг, обумовлених захворюванням або втратою працездатності.

Об'єкт медичного страхування становлять майнові інтереси, пов'язані зі станом здоров'я застрахованої особи, зокрема витрати на медичну допомогу або послуги, необхідні унаслідок захворювання чи втрати працездатності. Таким чином, об'єктом медичного страхування фактично є життя та здоров'я громадян.

Суб'єктами медичного страхування виступають:

1. страхова організація (страховик);
2. страхувальник;
3. органи державної влади та місцевого самоврядування;
4. застраховані особи;
5. медичні заклади;
6. сімейні лікарі;
7. асистувальні організації, які забезпечують координацію та супровід страхових випадків.

Функціонування соціального страхування ґрунтується на принципах автономності та самоврядування його учасників, взаємодія яких відбувається на добровільних засадах. Суб'єкти системи несуть відповідальність лише за власні зобов'язання, окрім випадків, визначених умовами договорів або спеціальними нормами законодавства. Демократичний характер соціального страхування забезпечується через принцип організаційного самоуправління, що передбачає відносну інституційну незалежність від державних органів та розподіл управлінських повноважень між усіма учасниками системи.

Алгоритм добровільного медичного страхування наведен на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Порядок добровільного медичного страхування
Джерело зображення: https://i.factor.ua/ukr/journals/nibu/

Основні принципи страхової медицини

1. Фінансова захищеність населення. Наявність медичного страхування забезпечує захист застрахованих осіб від значних фінансових витрат, пов'язаних із лікуванням, шляхом часткового або повного покриття вартості

медичних послуг, що знижує фінансове навантаження на пацієнтів.

2. Розподіл ризиків і солідарність. Формування страхових фондів за рахунок страхових внесків забезпечує перерозподіл фінансових ризиків між усіма учасниками системи, що сприяє соціальній справедливості та рівному доступу до медичної допомоги.

3. Доступність медичних послуг. Система страхової медицини гарантує застрахованим особам своєчасне отримання необхідної медичної допомоги без істотних фінансових бар'єрів.

4. Забезпечення якості медичних послуг. Страхові організації здійснюють співпрацю з медичними закладами, які відповідають встановленим стандартам якості, що стимулює підвищення рівня медичного обслуговування та розвиток конкуренції серед надавачів медичних послуг.

5. Раціональне використання ресурсів. Контроль страхових компаній за обсягами та вартістю медичних послуг сприяє оптимізації витрат, запобіганню необґрунтованим витратам і надмірному використанню медичних ресурсів.

6. Прозорість і контроль. Страхова медицина передбачає прозорі механізми фінансування, моніторинг надання медичних послуг, дотримання договірних зобов'язань та належну звітність перед застрахованими особами.

7. Захист прав застрахованих осіб. Принцип забезпечує право застрахованих осіб на отримання повної інформації щодо умов страхування, захист власних інтересів та звернення у разі порушення страхових зобов'язань.

Страховики — це юридичні особи (страхові організації, компанії, фонди), діяльність яких здійснюється відповідно до чинного законодавства України та спрямована на реалізацію страхових операцій на підставі отриманої у встановленому порядку ліцензії. Функції страховика може також виконувати державний фонд охорони здоров'я, створений з метою забезпечення реалізації програм медичного страхування.

Страхові установи можуть функціонувати в різних організаційно-правових формах. Однією з найбільш поширених є **акціонерна форма**, яка дозволяє акумулювати значні фінансові ресурси та забезпечувати ефективний контроль за діяльністю як страхових компаній, так і медичних закладів. У ряді європейських держав суттєву роль відіграють **товариства взаємного страхування**, характерною особливістю яких є відсутність акціонерів і розподіл отриманого прибутку між застрахованими особами.

Страхові організації мають право здійснювати діяльність у сфері медичного страхування лише за умови, що вона є їхнім основним видом діяльності. Разом із тим дозволяється поєднання цієї діяльності зі

страхуванням цивільної відповідальності медичних працівників і закладів, відповідальності суб'єктів господарювання з підвищеним ризиком для здоров'я населення, а також з певними видами страхової, інвестиційної та кредитної діяльності.

Створюючи спеціальні страхові фонди, страхові медичні компанії забезпечують оплату медичної допомоги застрахованим особам та реалізують інші заходи, спрямовані на охорону здоров'я населення. Їхня діяльність передбачає взаємодію з широким колом застрахованих осіб, розгляд страхових випадків і здійснення значних за обсягом страхових виплат.

Права страховика охоплюють:

1. Отримання інформації, документів та матеріалів, необхідних для виконання покладених функцій, від органів виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємств, медичних закладів, організацій та фізичних осіб.
2. Вимагання своєчасної сплати страхових внесків, здійснення контролю за їх надходженням та забезпечення дотримання норм законодавства у сфері медичного страхування.
3. Перевірку діяльності медичних закладів щодо виконання ними вимог та стандартів надання медичної допомоги застрахованим особам органами медичного контролю страховика.
4. Звернення до суду з метою стягнення регресних компенсацій за збитки, завдані третім особам здоров'ю застрахованих, а також застосування інших передбачених законом заходів правового впливу.
5. Участь у формуванні цінової політики та подання пропозицій щодо удосконалення системи обов'язкового медичного страхування.

Страховики зобов'язані здійснювати комплекс організаційних та фінансових дій, спрямованих на забезпечення належного функціонування системи медичного страхування. До основних **обов'язків страховиків** належать:

1. Укладання договорів страхування зі страхувальниками та оформлення страхових медичних полісів для застрахованих осіб.
2. Укладення договорів із закладами охорони здоров'я щодо надання медичних послуг у межах програм обов'язкового та добровільного медичного страхування.
3. Своєчасний розрахунок із медичними закладами за надану застрахованим особам медичну допомогу.
4. Захист інтересів застрахованих осіб, включно з контролем за

своєчасністю, якістю, достатністю та обґрунтованістю медичних послуг, що надаються в рамках страхової програми.

5. Безоплатне консультування страхувальників та застрахованих осіб з питань, пов'язаних із системою обов'язкового медичного страхування.

Страховик здійснює повне відшкодування витрат на надання медичної допомоги відповідно до страхової програми. Розрахунок відшкодування базується на кошторисі витрат, сформованому медичним закладом для кожного випадку надання медичної допомоги та для кожної окремої застрахованої особи. Усі витрати мають бути чітко обґрунтовані та підтверджені відповідними документами. Медичний заклад зобов'язаний подавати кошторис за попередній місяць у першу декаду наступного місяця.

У разі незгоди страховика із заявленим обсягом витрат він здійснює оплату таких витрат, а надалі звертається до господарського або третейського суду з метою коригування їхнього розміру. Якщо ж у судовому порядку буде доведено, що медичний заклад надав послуги неналежної якості або в неповному обсязі, страхова організація має право частково або повністю відмовити у відшкодуванні витрат за такі послуги.

Незалежно від обставин страховик зобов'язаний забезпечити організацію та фінансування медичної допомоги застрахованим особам у межах затверджених страхових програм — лікувальних, діагностичних, профілактичних та інших видів медичних послуг, обраних страхувальником і застрахованими. Право на отримання медичних послуг мають виключно особи, на користь яких укладено договір страхування.

Страхувальники — це юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які вступають у страхові правовідносини шляхом укладення договору зі страховиком. Юридичні особи укладають договори страхування з обраною страховою організацією та здійснюють оплату страхових внесків за громадян, водночас кожний громадянин має право самостійно укладати договір страхування з будь-яким страховиком за власним вибором.

Права страхувальника включають можливість:

• брати участь у будь-яких формах медичного страхування;

• вільно обирати страховика, визначати фізичних або юридичних осіб, уповноважених на отримання страхових виплат, та змінювати їх до настання страхового випадку;

• отримувати консультаційну підтримку щодо правил сплати страхових внесків, порядку використання страхових коштів та інших аспектів обов'язкового медичного страхування;

• здійснювати контроль за виконанням умов укладеного договору медичного страхування;

• захищати права й законні інтереси застрахованих осіб, включно з можливістю представництва їхніх інтересів у суді за згодою цих осіб.

Страхувальник зобов'язаний:

• укласти договір зі страховиком, який забезпечує застрахованим особам право на отримання медичних послуг;

• сплачувати страхові внески у терміни та обсягах, визначених договором і законодавством;

• надавати застрахованим особам інформацію щодо здійснених страхових платежів на їхню вимогу;

• надавати страховикові дані про стан здоров'я, умови праці та побуту осіб, які підлягають страхуванню;

• здійснювати заходи, спрямовані на усунення несприятливих чинників, що можуть негативно впливати на здоров'я застрахованих осіб.

Центральним суб'єктом системи медичного страхування є застраховані особи, оскільки саме на забезпечення їхніх інтересів спрямована діяльність страховиків та страхувальників.

Застраховані особи — це фізичні особи, на користь яких укладаються договори медичного страхування, а їхнє життя, здоров'я та працездатність є об'єктами страхового захисту.

Права застрахованої особи включають можливість:

• користуватися системою обов'язкового та добровільного медичного страхування;

• вільно обирати страхову медичну організацію, медичний заклад і лікаря відповідно до умов укладених договорів;

• отримувати медичну допомогу належної якості й у визначеному обсязі на всій території держави, у тому числі поза межами постійного місця проживання;

• звертатися до страховика за безоплатними консультаціями щодо порядку та умов надання медичної допомоги, сплати страхових внесків, використання страхових коштів та інших аспектів медичного страхування;

• подавати позови проти страхувальника, страхової медичної організації або медичного закладу, у тому числі щодо відшкодування матеріальних збитків;

• незалежно від виду медичного страхування — здійснювати вільний

вибір сімейного лікаря, навіть якщо особа закріплена за певною територією.

Обов'язки застрахованої особи передбачають:

• укладення договору обов'язкового медичного страхування, отримання страхового медичного документа (полісу, сертифіката, картки) та його пред'явлення при зверненні за медичною допомогою;

• дбайливе ставлення до власного здоров'я та виконання профілактичних рекомендацій;

• проходження профілактичних оглядів і вакцинацій у випадках, визначених чинним законодавством;

• достовірне інформування страховика про зміни стану здоров'я та можливі ризики його погіршення;

• утримання від дій, що можуть свідомо створювати ризик для власного здоров'я.

Медичні заклади як суб'єкти медичного страхування — це установи, що мають ліцензію на провадження медичної діяльності та надання медичних послуг. До них належать лікувально-профілактичні заклади, науково-дослідні інститути, медичні університети, а також інші організації, які здійснюють різні види медичної допомоги, включно з закладами приватної форми власності.

Права медичних закладів включають можливість:

• видавати документи, що підтверджують тимчасову непрацездатність застрахованих осіб;

• укладати договори зі страховими медичними організаціями на надання медичних послуг у межах програм обов'язкового й добровільного медичного страхування;

• отримувати оплату за медичні послуги, надані застрахованим особам згідно з умовами страхових програм.

Медичні заклади зобов'язані:

• мати чинну ліцензію на медичну практику та відповідний акредитаційний сертифікат;

• забезпечувати надання медичної допомоги відповідно до встановлених стандартів, у визначених програмою страхування обсягах, формах і видах;

• подавати страховим організаціям звітність щодо обсягів наданих медичних послуг застрахованим особам.

Вибір моделі медичного страхування в конкретній країні залежить від економічних, соціальних, демографічних та культурно-історичних

характеристик, а також від рівня захворюваності та загального стану системи охорони здоров'я. Обов'язкове й добровільне медичне страхування мають свої сильні та слабкі сторони. Водночас обов'язкове медичне страхування надає вагому перевагу для функціонування національних систем охорони здоров'я, оскільки забезпечує стабільні та прогнозовані фінансові надходження, що створює умови для ефективного планування медичної допомоги.

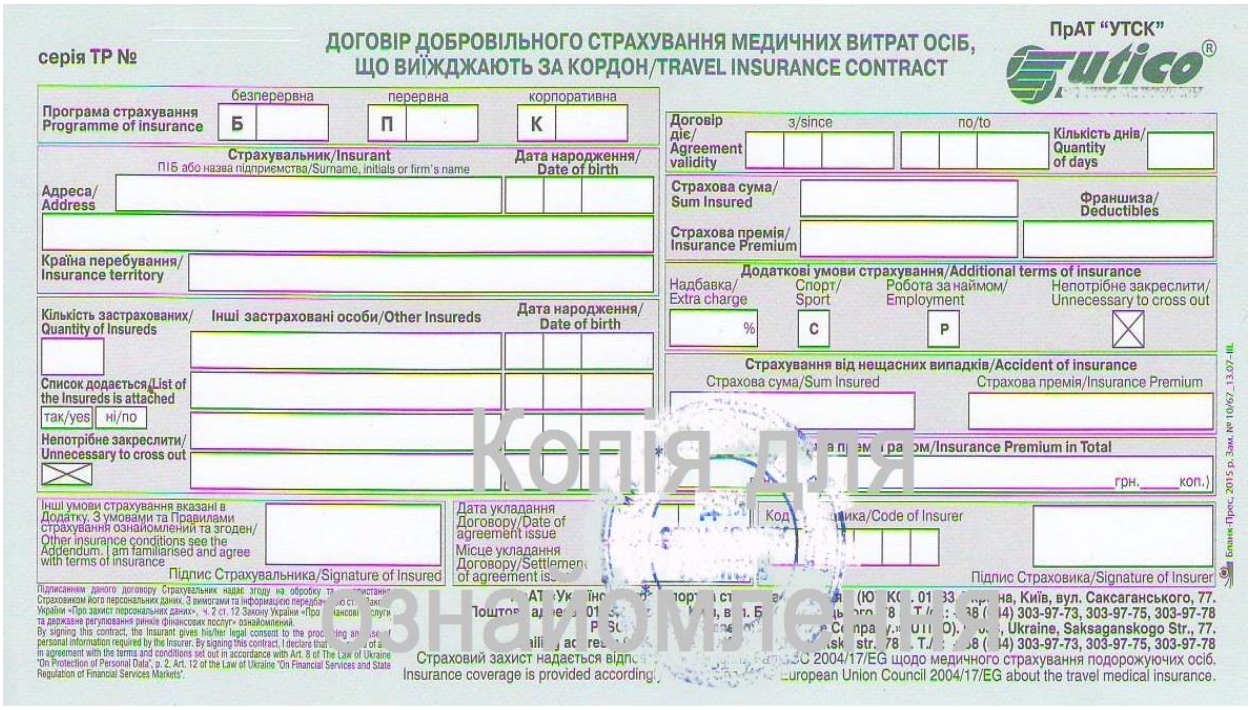
Структура страхового поліса ПМСД

Страховий медичний поліс — це персоніфікований документ, виданий страховою медичною організацією фізичній особі, який підтверджує укладення між сторонами договору обов'язкового або добровільного медичного страхування. У полісі зазначаються номер страхового договору, строк його дії, а також перелік амбулаторно-поліклінічних закладів, у яких застрахована особа має право отримувати медичну допомогу. Документ засвідчується підписами страховика та страхувальника (застрахованої особи) і скріплюється печаткою страховика.

Структура страхового медичного полісу включає такі елементи:

1. Заголовок, у якому вказується вид страхування, повна назва страхової організації, її адреса та логотип.
2. Преамбула, що містить офіційну заяву страховика про взяття на себе зобов'язань щодо надання страхового покриття за умовами договору в разі настання визначених у ньому страхових подій протягом строку його дії.
3. Основні (робочі) статті, які розкривають зміст страхового покриття: тлумачення термінів, перелік страхових випадків, порядок визначення та розміру страхової суми.
4. Виключення, тобто перелік обставин і подій, за яких страховик не несе обов'язку здійснювати страхові виплати.
5. Рекомендації щодо запобігання настанню страхових випадків.
6. Програма полісу, що конкретизує зміст робочих статей стосовно конкретного страхувальника та об'єкта страхування.
7. Підписи сторін, які засвідчують юридичну чинність документа.

Зразок договору медичного страхування для осіб, що виїжджають за кордон наведено на рис. 3.2.


серія ТР №

ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ ОСІБ, ЩО ВИЇЖДЖАЮТЬ ЗА КОРДОН/TRAVEL INSURANCE CONTRACT

ПрАТ "УТСК"

Програма страхування Programme of insurance: безперервна Б; перервна П; корпоративна К

Договір діє/Agreement validity: з/since; по/to

Кількість днів/Quantity of days

Страхувальник/Insurant ПІБ або назва підприємства/Surname, initials or firm's name

Дата народження/Date of birth

Адреса/Address

Страхова сума/Sum Insured

Франшиза/Deductibles

Страхова премія/Insurance Premium

Країна перебування/Insurance territory

Додаткові умови страхування/Additional terms of insurance

Надбавка/Extra charge %

Спорт/Sport С

Робота за наймом/Employment Р

Непотрібне закреслити/Unnecessary to cross out

Кількість застрахованих/Quantity of Insureds

Інші застраховані особи/Other Insureds

Дата народження/Date of birth

Список додається/List of the Insureds is attached так/yes ні/no

Непотрібне закреслити/Unnecessary to cross out

Страхування від нещасних випадків/Accident of insurance

Страхова сума/Sum Insured

Страхова премія/Insurance Premium

Страхова премія разом/Insurance Premium in Total

грн. коп.

Інші умови страхування вказані в Додатку. З умовами та Правилами страхування ознайомлений та згоден/Other insurance conditions see the Addendum. I am familiarised and agree with terms of insurance

Підпис Страхувальника/Signature of Insured

Дата укладання Договору/Date of agreement issue

Місце укладання Договору/Settlement of agreement is...

Код страховика/Code of Insurer

Підпис Страховика/Signature of Insurer

Підписанням даного договору Страхувальник надає згоду на обробку та використання Страховиком його персональних даних. З вимогами та інформацією передбаченою ст. Закону України «Про захист персональних даних», ч. 2 ст. 12 Закону України «Про ... послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» ознайомлений.

By signing this contract, the insurant gives his/her legal consent to the processing and use of personal information required by the Insurer. By signing this contract, I declare that ... in agreement with the terms and conditions set out in accordance with Art. 8 of The Law of Ukraine "On Protection of Personal Data", p. 2, Art. 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets".

АТ "Укр... (ЮКО ... 01 ... на, Київ, вул. Саксаганського, 77. Поштов... 01 ... Б. ... Ukraine, Saksaganskogo Str., 77. ... (044) 303-97-73, 303-97-75, 303-97-78

Страховий захист надається відп... ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб.

Insurance coverage is provided according ... European Union Council 2004/17/EG about the travel medical insurance.

Копія для ознайомлення

Рис. 3.2. Зразок договору медичного страхування для осіб, що виїжджають за кордон

Джерело зображення: https://ukrfinservice.com.ua/ua/products/abroad

Договір медичного страхування — це юридично оформлена угода, згідно з якою страхова медична організація бере на себе зобов'язання забезпечити організацію та фінансування медичної допомоги визначеному колу застрахованих осіб у встановленому обсязі та відповідній якості, а також надання інших послуг, передбачених програмами обов'язкового чи добровільного медичного страхування.

Договір медичного страхування має містити такі обов'язкові положення:

- найменування сторін договору;
- строк дії договору;
- чисельність осіб, які підлягають страхуванню;
- розмір, строки та порядок сплати страхових внесків;
- перелік медичних послуг, що відповідають територіальним програмам обов'язкового або добровільного медичного страхування;
- права, обов'язки, відповідальність сторін та інші умови, що не суперечать законодавству України.

3.2. ЕКОНОМІЧНА СУТНІСТЬ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ. ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Страхова медицина — це система організації фінансування сфери охорони здоров'я, що базується на використанні коштів, акумульованих у резервних фондах спеціалізованих страхових компаній, які провадять діяльність у галузі медичного страхування. Її функціонування охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів та забезпечення медичного обслуговування населення. Покриття витрат здійснюється через механізми медичного страхування як невід'ємного елемента страхової медицини. Завдяки цій системі забезпечується економічний та соціальний захист населення, зокрема середніх і малозабезпечених верств, а також гарантується реалізація їхнього права на отримання медичної допомоги. Схема обов'язкового державного медичного страхування в світі наведена на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Схема обов'язкового державного медичного страхування в світі

Джерело зображення: https://www.slovoidilo.ua/2021/08/13/infografika/suspilstvo/medychne-straxuvannya

Фінансові ресурси системи загальнообов'язкового медичного страхування формуються з таких складових:

1. страхові резерви;
2. активи Резервного фонду загальнообов'язкового медичного страхування. Резервний фонд функціонує як юридична особа публічного права, створена з метою забезпечення захисту прав та законних інтересів застрахованих осіб і закладів охорони здоров'я. Його діяльність спрямована на акумулювання коштів та здійснення страхових виплат відповідно до умов і порядку, визначених законодавством, зокрема Законом України (проєкт від 04.10.2018 № 9163) та нормативно-правовими актами, що регламентують рух коштів у системі загальнообов'язкового медичного страхування;
3. кошти страхових виплат, що надходять до закладів охорони здоров'я.

За умов функціонування системи обов'язкового медичного страхування роботодавці здійснюють обов'язкові страхові відрахування від доходів. Ці надходження формують централізований страховий фонд, управління яким покладається на державу. Окрему частину фонду можуть становити страхові внески, утримані із заробітної плати найманих працівників. Співвідношення фінансової участі роботодавців і працівників визначається економічними параметрами впровадження системи страхування та вартістю медичних послуг.

Фінансове забезпечення системи добровільного медичного страхування формується за рахунок таких джерел:

• особистих коштів громадян;

• прибутків роботодавців (юридичних осіб).

Розмір страхових внесків у межах добровільного медичного страхування визначається страховими медичними організаціями автономно, відповідно до умов укладених договорів. Він залежить від оцінки страхових ризиків, внутрішніх правил страхування конкретної страхової установи, вартості медичних та супутніх послуг, чисельності застрахованих осіб та інших релевантних факторів.

Права пацієнта на вільний вибір лікаря в умовах медичного страхування

Незалежно від форми медичного страхування, пацієнт зберігає право на вільний вибір сімейного лікаря, попри існування територіального принципу обслуговування.

Декларація є документом, що засвідчує волевиявлення пацієнта щодо отримання медичної допомоги від конкретного лікаря. Підписання декларації інформує державу, в особі Національної служби здоров'я України, про необхідність спрямування фінансування за обслуговування пацієнта до медичного закладу, де працює відповідний лікар, або безпосередньо на його рахунок у разі провадження ним діяльності як фізичної особи-підприємця.

Декларація не має незмінного характеру: пацієнт у будь-який момент може укласти нову декларацію з іншим лікарем первинної ланки — терапевтом, педіатром або сімейним лікарем. Скасування попередньої декларації не вимагається, оскільки зміна прикріплення фіксується в електронній системі автоматично.

Пацієнт реалізує своє право на вибір лікаря незалежно від місця реєстрації чи проживання. Будь-які спроби адміністративного впливу, спрямовані на примушення обрати дільничного лікаря або на перешкоджання вільному вибору, є порушенням законодавства.

У випадку недієздатних осіб та дітей віком до 14 років рішення щодо вибору лікаря приймає їхній законний представник.

Лікар має право відмовити у підписанні декларації, якщо ним уже досягнуто затверджений граничний обсяг пацієнтської практики: для сімейного лікаря — 1 800 осіб, для терапевта — 2 000 осіб, для педіатра — 900 осіб. У сільській місцевості ці межі можуть бути адаптовані відповідно до кількості населення; зокрема, якщо у населеному пункті проживає 2 000 осіб, усі вони можуть бути прикріплені до одного сімейного лікаря. Контроль за дотриманням цих нормативів здійснює Національна служба здоров'я України.

Керівництво медичного закладу зобов'язане надати пацієнтові повний обсяг інформації, необхідний для усвідомленого вибору лікаря. Зокрема, пацієнтові має бути доступна така інформація:

Відомості про заклад охорони здоров'я:

- повне найменування юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи-підприємця;
- код ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для ФОП);

- дані щодо наявності чинної ліцензії на провадження господарської діяльності у сфері медичної практики.

Відомості про лікарів, які працюють у закладі:

- прізвище, ім’я та по батькові лікаря;
- освіта;
- лікарська спеціальність;
- професійний стаж за спеціальністю;
- кваліфікаційна категорія;
- місце (адреса) та режим роботи.

Заклад має визначити відповідальну особу, уповноважену на приймання декларацій та внесення інформації до електронної системи охорони здоров’я. Інформаційні матеріали про заклад і медичних працівників доцільно розміщувати на стенді у холі закладу, а також додатково — на дверях кабінетів лікарів.

Для посвідчення особи пацієнт або його законний представник подає один із таких документів:

- паспорт громадянина України;
- тимчасове посвідчення громадянина України;
- свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років);
- посвідка на постійне проживання в Україні;
- посвідчення біженця;
- посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту.

Законний представник зобов’язаний додатково надати документи, що підтверджують його особу та повноваження, визначені законодавством. Також необхідно подати копію довідки про індивідуальний податковий номер і мати при собі мобільний телефон.

Після цього уповноважена особа заповнює декларацію в електронному вигляді, роздруковує її та передає пацієнтові або його законному представникові для перевірки. У разі виявлення неточностей уповноважена особа вносить корективи та повторно друкує документ до моменту повного підтвердження правильності внесених даних. Пацієнт або його законний представник підписує два примірники декларації, які передаються уповноваженій особі для фіксації дати отримання; один примірник повертається пацієнтові, другий зберігається у медичному закладі. Після цього декларація надсилається до електронної системи охорони здоров’я.

Декларація заповнюється виключно українською мовою. У разі зміни даних, зазначених у декларації під час її оформлення, пацієнт або його

законний представник зобов’язаний звернутися до медичного закладу для внесення відповідних уточнень.

3.3. ВИДИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Обов’язкове та добровільне медичне страхування: сутність і відмінності

Обов’язкове медичне страхування (ОМС) в Україні наразі не впроваджене. Дана форма страхування передбачає здійснення обов’язкових страхових внесків до системи медичного страхування, що забезпечують гарантований базовий пакет медичних послуг для всіх громадян. Система ОМС є поширеною в більшості європейських країн та спрямована на забезпечення мінімального рівня захисту здоров’я населення.

Добровільне медичне страхування (ДМС) функціонує в Україні та ґрунтується на добровільному укладенні страхових договорів фізичними та юридичними особами. ДМС передбачає страхове покриття медичних послуг, які не включені до державної програми медичних гарантій, та забезпечує додатковий рівень захисту, зокрема доступ до приватних закладів охорони здоров’я, скорочення термінів очікування та підвищення якості медичного обслуговування.

Відмінності між обов’язковим і добровільним медичним страхуванням полягають у наступному:

По-перше, добровільне медичне страхування, на відміну від обов’язкового, належить до сфери комерційного страхування, тоді як ОМС є елементом системи соціального страхування.

По-друге, добровільні медичні страхові програми, як правило, доповнюють обов’язкові, надаючи застрахованим особам можливість отримання медичних послуг понад обсяги, визначені законодавством. Обов’язкове медичне страхування охоплює практично все населення та забезпечує задоволення базових, першочергових потреб у медичній допомозі.

По-третє, для ОМС характерним є принцип загальності, відповідно до якого всі громадяни мають право на отримання медичних послуг незалежно від розміру внесків, тоді як у ДМС реалізується принцип страхової еквівалентності, за яким обсяг і види медичних послуг визначаються розміром сплаченої страхової премії. При цьому в обов’язковому медичному страхуванні порядок і розміри страхових внесків встановлюються та регламентуються державою.

По-четверте, участь у програмах добровільного медичного страхування не підлягає державному регулюванню та залежить від індивідуальних потреб і фінансових можливостей громадян або трудових колективів, тоді як механізм функціонування обов'язкового медичного страхування визначається чинним законодавством держави.

Проблемні аспекти впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні

До основних чинників, що ускладнюють запровадження системи ОМС в Україні, належать: недостатній рівень фінансового забезпечення та обмеженість економічних ресурсів; відсутність цілісної та узгодженої законодавчо-нормативної бази; низький рівень довіри населення до механізмів страхової медицини; значні масштаби тіньової економіки, що ускладнюють акумулювання страхових внесків; недостатній розвиток інфраструктури системи охорони здоров'я; брак дієвих механізмів фінансового контролю та прозорості використання коштів; недостатній рівень кадрової підготовки та інституційної підтримки медичних працівників; низький рівень медичної обізнаності населення; політична нестабільність і часті трансформації державної політики у сфері охорони здоров'я; а також складність адміністрування системи та високі операційні витрати на її функціонування.

Добровільне медичне страхування та державні програми

Добровільне медичне страхування (ДМС) функціонує як додатковий механізм фінансування медичної допомоги поряд із державними програмами та ґрунтується на принципі добровільності участі. Оформлення страхового полісу здійснюється за ініціативою фізичних осіб або роботодавців, які можуть забезпечувати працівників полісами ДМС у межах соціального пакета. Поліси добровільного медичного страхування передбачають страхове покриття широкого спектра медичних послуг, зокрема амбулаторного та стаціонарного лікування, стоматологічної допомоги, реабілітаційних заходів, невідкладної медичної допомоги, діагностичних обстежень та інших медичних процедур. Страхові програми ДМС характеризуються варіативністю за обсягом покриття, вартістю та кількістю медичних закладів-партнерів, що надає застрахованим особам можливість обирати оптимальний пакет послуг відповідно до індивідуальних потреб і фінансових можливостей.

Фінансування ДМС здійснюється за рахунок страхових премій, сплачених страхувальниками, які використовуються для відшкодування витрат на медичні послуги у разі настання страхового випадку. Розмір страхових виплат залежить від обраного переліку ризиків, умов страхування

та величини страхової премії. Взаємодія застрахованої особи зі страховою компанією передбачає інформування страховика про потребу в медичній допомозі, після чого страхова організація забезпечує надання послуг через партнерські заклади охорони здоров'я або компенсує понесені витрати в межах умов договору.

До **переваг добровільного медичного страхування** належать розширений доступ до медичних послуг, зокрема в приватних закладах охорони здоров'я, можливість отримання медичної допомоги без тривалого очікування, а також індивідуалізація страхового покриття.

Водночас **недоліками ДМС** є відносно висока вартість страхових полісів для окремих соціальних груп та обмеженість страхового покриття, що може передбачати виключення або обмеження щодо певних видів медичних послуг, зокрема пов'язаних із хронічними захворюваннями.

Основні аспекти функціонування державних програм у сфері охорони здоров'я

Державні програми у сфері охорони здоров'я фінансуються за рахунок податкових надходжень, обов'язкових соціальних внесків громадян, а також трансфертів і субсидій із державного бюджету. У межах Програми медичних гарантій, затвердженої Національною службою здоров'я України (НСЗУ), громадянам гарантується надання базового переліку медичних послуг, який охоплює первинну медичну допомогу, екстрену медичну допомогу, планову госпіталізацію та інші види лікувальних втручань.

Державні програми спрямовані на забезпечення універсального покриття та гарантують базовий рівень медичної допомоги всім громадянам незалежно від їх соціально-економічного статусу чи рівня доходів. Адміністрування таких програм здійснюється Національною службою здоров'я України, яка відповідає за укладання договорів із закладами охорони здоров'я, фінансування медичних послуг за уніфікованими тарифами та розподіл бюджетних коштів для оплати медичної допомоги, наданої населенню.

До **переваг державних програм** належать забезпечення загального доступу до базової медичної допомоги, незалежність отримання основних медичних послуг від рівня доходів населення, а також відсутність необхідності здійснення додаткових фінансових внесків у межах гарантованого пакета.

До **недоліків державних програм** слід віднести обмежений обсяг медичних послуг, який не завжди відповідає індивідуальним потребам пацієнтів, надмірне навантаження на систему охорони здоров'я, що зумовлює

черги та скорочення часу прийому, а також недостатній рівень фінансування, який негативно впливає на якість медичних послуг і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я.

Види медичних послуг, що покриваються страховим забезпеченням

Перелік медичних послуг, які підлягають страховому покриттю, визначається видом медичного страхування, умовами конкретної страхової програми та положеннями договору страхування. Залежно від обсягу страхового захисту такі послуги умовно поділяються на базові, додаткові та спеціалізовані. До основних категорій страхового покриття належать наступні.

1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога**, що включає консультації лікарів загальної практики та вузькопрофільних спеціалістів, проведення діагностичних заходів, зокрема лабораторних досліджень і інструментальних обстежень, а також профілактичні медичні огляди.

2. **Стаціонарне лікування**, яке охоплює госпіталізацію з метою лікування захворювань або виконання хірургічних втручань, післяопераційний медичний нагляд і забезпечення лікарськими засобами в період перебування в стаціонарі.

3. **Невідкладна та екстрена медична допомога**, що передбачає надання медичних послуг у разі гострих станів, проведення невідкладних лікувальних заходів, спрямованих на стабілізацію стану пацієнта, а також медичне транспортування до закладів охорони здоров'я.

4. **Стоматологічна допомога**, яка може включати базові лікувально-профілактичні процедури, профілактичні огляди та гігієнічні заходи, а за умовами окремих страхових програм — покриття складніших і вартісніших стоматологічних втручань.

5. **Медикаментозне забезпечення**, що полягає у відшкодуванні витрат на лікарські засоби, необхідні для амбулаторного або стаціонарного лікування, а також у забезпеченні спеціалізованих препаратів для пацієнтів із хронічними захворюваннями відповідно до умов договору.

6. **Реабілітаційні та фізіотерапевтичні послуги**, спрямовані на відновлення функціонального стану організму після перенесених захворювань, травм або оперативних втручань, зокрема із застосуванням лікувальної фізкультури, масажу та фізіотерапії.

7. **Акушерсько-гінекологічна допомога**, яка може включати медичний супровід вагітності, пологів та надання гінекологічних консультацій і обстежень за умови наявності відповідного страхового покриття.

8. **Медичні послуги для дітей**, що охоплюють профілактичні огляди, вакцинацію, лікування дитячих захворювань та консультації лікаря-педіатра.

9. **Психологічна та психіатрична допомога**, яка передбачає консультації фахівців у сфері психічного здоров'я, а також лікувально-підтримувальні заходи у межах спеціалізованих страхових програм.

10. **Профілактичні медичні заходи**, зокрема скринінгові програми для раннього виявлення захворювань, вакцинацію та інші заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я населення.

Перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування

Розвиток системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) в Україні розглядається як один із ключових напрямів трансформації національної системи охорони здоров'я, спрямований на підвищення якості, доступності та фінансової стійкості медичних послуг для населення. Запровадження ОМС потенційно здатне сприяти вирішенню системних проблем галузі, водночас потребуючи комплексних інституційних реформ, значних фінансових інвестицій і суспільної підтримки.

До о**сновних перспектив і ключових аспектів** упровадження обов'язкового медичного страхування в Україні належать:

по-перше, забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за рахунок регулярного та прогнозованого надходження коштів, а також скорочення обсягів неофіційних і тіньових платежів;

по-друге, очікується підвищення якості та доступності медичних послуг, зокрема через зниження рівня діагностичних і лікувальних помилок та забезпечення рівного доступу населення до медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу;

по-третє, впровадження ОМС може сприяти розвитку профілактичної медицини та оптимізації навантаження на стаціонарні заклади охорони здоров'я шляхом стимулювання раннього виявлення захворювань і зменшення потреби в госпіталізації;

по-четверте, система обов'язкового медичного страхування створює умови для розвитку приватного сектору охорони здоров'я та формування конкурентного середовища, надаючи громадянам можливість вибору між державними та приватними медичними закладами, що, своєю чергою, може позитивно вплинути на якість і доступність медичних послуг.

Крім того, запровадження ОМС сприятиме зниженню фінансового навантаження на державний бюджет шляхом часткового перерозподілу витрат і раціоналізації видатків у сфері охорони здоров'я. Водночас система

обов’язкового медичного страхування може посилити соціальний захист населення, зменшити ризики катастрофічних витрат на лікування та, як наслідок, сприяти зниженню рівня бідності, пов’язаної з погіршенням стану здоров’я.

3.4. ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ, ІННОВАЦІЇ, ПЕРЕВАГИ ТА ВИКЛИКИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ОБОВ’ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Поточний стан медичного страхування в Україні

Сучасний стан медичного страхування в Україні формується під впливом реформування системи охорони здоров’я, соціально-економічних чинників та умов воєнного часу.

1. Державна програма медичних гарантій. Починаючи з 2018 року в Україні реалізується реформа охорони здоров’я, ключовим елементом якої стало впровадження Програми медичних гарантій. У межах цієї програми держава забезпечує фінансування базового пакета медичних послуг, зокрема первинної медичної допомоги, екстреної допомоги, медичного супроводу вагітності та пологів, а також паліативної допомоги.

2. Роль Національної служби здоров’я України. Національна служба здоров’я України (НСЗУ) виконує функції центрального органу, відповідального за адміністрування Програми медичних гарантій. НСЗУ здійснює контрактування закладів охорони здоров’я та фінансування наданих ними медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Такий механізм забезпечує пацієнтам право вільного вибору лікаря та медичного закладу, стимулює конкуренцію між надавачами медичних послуг і сприяє підвищенню їх якості.

3. Доступність медичних послуг. Нерівномірність доступу до медичної допомоги залишається суттєвою проблемою. У сільських і віддалених регіонах обмежена доступність медичних послуг зумовлена дефіцитом кваліфікованих кадрів, недостатнім розвитком інфраструктури та обмеженим фінансуванням. У міських населених пунктах рівень доступності є вищим, однак і тут спостерігається нестача сучасного медичного обладнання та черги на діагностичні й лікувальні процедури.

4. Кадровий дефіцит і міграція медичних працівників. Система охорони здоров’я України характеризується гострим дефіцитом медичних кадрів.

Низький рівень оплати праці, високі професійні навантаження та ризик емоційного вигорання сприяють трудовій міграції медичних працівників за кордон. Особливо відчутною ця проблема є в сільських районах, що негативно впливає на якість і своєчасність надання медичної допомоги.

5. Стан добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування в Україні не набуло масового поширення, що зумовлено обмеженими фінансовими можливостями значної частини населення. Водночас страхові компанії пропонують програми, які покривають окремі види медичних витрат, зокрема діагностичні послуги, планові оперативні втручання та амбулаторне лікування. Найчастіше поліси добровільного медичного страхування використовуються роботодавцями як складова соціального пакета для працівників.

6. Роль приватних страхових компаній. Значна частина медичних послуг, не включених до державної програми, фінансується за рахунок приватного медичного страхування. Страхові продукти можуть передбачати покриття амбулаторної допомоги, госпіталізації, хірургічних втручань, а в окремих випадках — лікування певних хронічних захворювань.

7. Обмежене покриття складних і тривалих захворювань. Навіть у межах добровільного медичного страхування лікування складних і тривалих захворювань, зокрема онкологічних, часто має обмежений характер. У результаті значна частина витрат на таке лікування покладається безпосередньо на пацієнтів і їхні родини.

8. Особливості функціонування страхування в умовах воєнного стану. Запровадження воєнного стану та повномасштабна збройна агресія проти України суттєво вплинули на сферу медичного страхування. Зокрема, іноземні страхові поліси, як правило, припиняють свою дію на території України у зв’язку з виключенням воєнних ризиків із страхового покриття. У зв’язку з цим іноземні громадяни, які перебувають або подорожують в Україні, зобов’язані оформлювати страхування через українські страхові компанії.

Медичне страхування є ключовим елементом систем охорони здоров’я у розвинутих державах та виступає однією з фундаментальних соціальних гарантій. Воно забезпечує можливість отримання компенсаційних виплат у разі настання страхового випадку. Для України це питання має особливу актуальність із таких причин:

1. реалізація медичної реформи є однією з умов інтеграції України до Європейського Союзу;

2. значна частка осіб старшого віку у структурі населення зумовлює підвищений попит на медичні послуги;
3. загальний рівень громадського здоров'я в Україні залишається низьким;
4. необхідність зменшення фінансового навантаження на державний бюджет у секторі соціального забезпечення.

Упровадження страхової медицини є логічним і необхідним кроком у процесі реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Модель медичного страхування, обрана Україною наведена на рис. 3.4.



Рис. 3.4. Модель медичного страхування, обрана Україною

Джерело зображення: https://pro-consulting.ua/

Суттєвим аспектом у процесі запровадження системи медичного страхування є необхідність урахування інтересів та забезпечення доступності медичної допомоги для соціально вразливих груп населення — дітей, осіб похилого віку, людей з інвалідністю, безробітних тощо. Фінансування медичної допомоги для пенсіонерів і дітей може здійснюватися в межах спеціальних державних програм. Не менш важливим є забезпечення дієвого контролю за цільовим використанням коштів, які сплачуються громадянами в рамках добровільного страхування, а також ресурсів, що надходять із державного бюджету чи спеціальних фондів соціального страхування.

У довгостроковій перспективі впровадження медичного страхування сприятиме досягненню належного рівня фінансування охорони здоров'я, оскільки нинішні обсяги бюджетних видатків є недостатніми навіть для підтримання функціонування галузі, не кажучи про її розвиток. Запровадження виключно добровільного медичного страхування частково могло б вирішити проблему фінансування, однак суперечило б принципам рівності та доступності медичних послуг для всіх громадян. Попри низький рівень доходів значної частини населення, громадяни і нині змушені самостійно покривати витрати на лікування у разі захворювання.

Водночас ключовою перешкодою для повноцінного впровадження системи медичного страхування залишається відсутність чіткої та комплексної законодавчої бази, здатної регламентувати та захистити інтереси всіх учасників страхового ринку. Додаткові труднощі пов'язані з пропозицією щодо надання лікувально-профілактичним закладам економічної автономії, що передбачатиме їхню відповідальність за результати фінансово-господарської та медичної діяльності. Однак не всі керівники медичних установ володіють необхідними управлінськими компетентностями для ефективного планування та оперативного реагування на ринкові виклики.

Інновації у страховій медицині

1. Цифровізація страхових послуг та мобільні платформи. Розробка мобільних додатків для клієнтів страхових компаній забезпечує можливість доступу до інформації про власний страховий поліс, запису на прийом до лікаря, отримання консультацій та моніторингу стану здоров'я. Використання онлайн-калькуляторів і страхових сервісів дозволяє швидко оцінити вартість полісу та обрати оптимальну страхову програму відповідно до індивідуальних потреб.

2. Телемедицина. Запровадження дистанційних консультацій лікарів та електронних медичних записів підвищує доступність медичної допомоги, особливо для пацієнтів у віддалених регіонах, і сприяє оперативному обміну медичною інформацією.

3. Застосування штучного інтелекту та машинного навчання Використання алгоритмів штучного інтелекту дозволяє ефективно аналізувати страхові ризики, прогнозувати розвиток медичних випадків та автоматизувати обробку страхових заявок, підвищуючи точність і швидкість адміністрування.

4. Персоналізоване страхування та інтеграція даних із носимих пристроїв. Носимі пристрої, такі як фітнес-трекери та розумні годинники, забезпечують постійний моніторинг стану здоров'я застрахованої особи.

Інтеграція цих даних у страхові програми дозволяє персоналізувати страхове покриття та оптимізувати страхові тарифи відповідно до індивідуальних потреб клієнтів.

5. Профілактичні програми та здоров'язберігаючі ініціативи Інноваційні страхові продукти включають заходи, спрямовані на профілактику захворювань та підтримку здорового способу життя, що сприяє зниженню ризику виникнення медичних випадків і зменшенню страхових витрат.

6. Підтримка ментального здоров'я та психотерапевтичні послуги Деякі програми добровільного медичного страхування включають покриття послуг психотерапії та доступ до онлайн-платформ психологічної підтримки, що сприяє комплексному підходу до охорони фізичного та психічного здоров'я застрахованих осіб.

Переваги та виклики страхової медицини в Україні

Переваги:

1. Підвищення якості медичних послуг. Страхові компанії зацікавлені у партнерстві з медичними закладами, які відповідають високим стандартам якості, що стимулює клініки покращувати обслуговування. Договірні умови змушують медичні установи дотримуватися встановлених стандартів для збереження клієнтської бази.

2. Розширення доступу до медичних послуг. Медичне страхування забезпечує пацієнтам можливість отримувати послуги, які зазвичай є платними або важкодоступними, підвищуючи рівень доступності медичної допомоги.

3. Фінансова безпека пацієнтів. Страхування захищає населення від непередбачуваних витрат, пов'язаних із лікуванням складних і хронічних захворювань. Це сприяє зменшенню фінансового навантаження на сім'ї та дозволяє більш ефективно планувати бюджет.

4. Стимулювання профілактичних заходів. Страхові програми заохочують населення до участі в профілактичних обстеженнях та заходах, спрямованих на підтримку здоров'я.

5. Контроль і дотримання стандартів. Страхові компанії здійснюють нагляд за дотриманням медичними закладами стандартів якості, що сприяє підвищенню рівня медичного обслуговування.

Виклики:

- Недостатній рівень інновацій у медичній сфері, низька якість послуг та нерівномірний доступ до медичної допомоги.

- Відсутність обов’язкового медичного страхування обмежує ефективність системи, оскільки значна частина витрат залишається на пацієнтах.
- Фінансовий тиск на медичні установи, що впливає на їхню стабільність і розвиток.
- Низький рівень фінансової грамотності населення та недовіра до страхових продуктів.
- Дефіцит кваліфікованих медичних кадрів, що негативно впливає на якість надання медичної допомоги.

3.5. ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ СТРАХУВАННЯ

Якість у сфері охорони здоров’я становить багатокомпонентну систему, що ґрунтується на сукупності принципів, які відображають ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність і достатність процесів, спрямованих на забезпечення охорони здоров’я населення відповідно до сучасного рівня науково-технічного розвитку.

Поняття якості охоплює оцінювання медичного обслуговування та його результативності щодо конкретного клінічного випадку, включаючи запобігання подальшому прогресуванню захворювання. Поєднання професійної компетентності медичних працівників і наукових досягнень забезпечує отримання оптимальних клінічних, функціональних і психологічних результатів. Таким чином, якість у широкому розумінні охоплює як оцінку, так і гарантування належного рівня медичної допомоги.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, під час взаємодії лікаря та пацієнта необхідно враховувати чотири ключові компоненти якості медичної допомоги:

1. кваліфікацію лікаря;
2. оптимальне використання наявних ресурсів;
3. рівень ризику для пацієнта;
4. ступінь задоволеності пацієнта одержаною допомогою.

Для оцінювання якості медичної допомоги доцільно використовувати підхід, запропонований А. Донабедяном, який передбачає характеристику **структури**, **процесу** та **результату** надання медичної допомоги.

Оцінка якості може здійснюватися:

• щодо конкретного пацієнта;

• щодо групи пацієнтів із певною нозологічною формою, класом захворювань чи іншими релевантними чинниками (зокрема час і день тижня госпіталізації, сільська чи міська місцевість проживання, спосіб транспортування);

• щодо конкретного лікаря, окремого структурного підрозділу або закладу охорони здоров'я загалом.

Основні компоненти якості медичної допомоги відповідно до рекомендацій ВООЗ охоплюють такі аспекти:

• Технологічне виконання — ступінь відповідності дій медичного персоналу та закладу охорони здоров'я встановленим технічним вимогам і стандартам якості.

• Результативність послуг — рівень досягнення запланованих лікувальних і профілактичних результатів.

• Ефективність послуг — співвідношення між отриманими результатами та витратами, необхідними для їх досягнення.

• Безпека — ступінь мінімізації ризиків травматизації, інфікування або виникнення побічних ефектів медичних втручань.

• Доступність послуг — відсутність географічних, соціальних, економічних, організаційних чи мовних бар'єрів для отримання медичної допомоги.

• Міжособистісні взаємини — рівень довіри, поваги, конфіденційності, емпатії та взаєморозуміння між медичним працівником і пацієнтом.

• Безперервність послуг — забезпечення узгодженості та послідовності медичної допомоги протягом усього циклу лікування або ефективний взаємозв'язок між різними надавачами послуг.

• Інфраструктура та комфорт — зовнішній вигляд закладу, чистота, комфортність середовища, приватність та інші чинники, значущі для пацієнтів.

• Право на вибір — можливість пацієнта самостійно обирати надавача медичних послуг, страховий план або варіант лікування.

У контексті забезпечення та оцінювання якості медичної допомоги виокремлюють такі її рівні:

• якість структури, що характеризує умови, у яких надається медична допомога (організаційні, кадрові, матеріально-технічні ресурси);

- якість процесу, яка визначається оптимальністю та обґрунтованістю комплексу лікувально-діагностичних заходів щодо конкретного пацієнта;
- якість результату, що оцінюється шляхом порівняння фактично досягнутих результатів із запланованими. До показників результату належать динаміка стану здоров'я конкретного пацієнта, ефективність лікування всіх пацієнтів у межах визначеного періоду, а також інтегральні показники здоров'я населення певної території.
- **Стандарти медичних технологій** — це документовані нормативи, що визначають гарантований для пацієнта перелік діагностично-лікувальних втручань, а також встановлюють вимоги до їх якості та очікуваних результатів лікування.
- **Управління якістю медичної допомоги** — це систематизований, незалежний та задокументований процес постійно взаємопов'язаних заходів, що охоплюють планування, організацію, мотивацію персоналу, внутрішній аудит та інші дії, спрямовані на забезпечення високого рівня медичної допомоги, гарантування безпеки пацієнтів і запобігання або усунення недоліків у діяльності закладу охорони здоров'я.
- **Якість медичної допомоги** — це надання закладами охорони здоров'я індивідуальним пацієнтам та населенню в цілому медичних послуг, що відповідають сучасному рівню професійної підготовки, досягненням медичної науки та практики з метою досягнення передбачуваних і очікуваних результатів.
- **Якість медичної допомоги** також визначається як ступінь відповідності наданих медичних послуг потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки і практики та ефективного використання наявних ресурсів.

Збалансовану системау показників якості медичної допомоги наведено на рис. нижче.

Організація контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів

З метою забезпечення контролю якості медичної допомоги головний лікар закладу охорони здоров'я розробляє та затверджує безперервну систему контролю якості медичної допомоги на рівні закладу, що оформлюється відповідним наказом. Наказом головного лікаря у закладі створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги, основною метою якої є розробка ефективної програми систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі аналізу показників оцінки, помилок та упущень, нещасних випадків,

скарг пацієнтів, пропозицій медичного персоналу та даних наукової літератури.



Рис. 3.5. Збалансована система показників якості медичної допомоги
Джерело зображення: https://egolovlikar.expertus.com.ua/10010531

Для активного залучення лікарів до роботи комісії важливо підкреслити, що її діяльність спрямована на консолідацію зусиль медичного персоналу для підвищення якості медичної допомоги через спільне виявлення та усунення недоліків, а не на критику чи покарання окремих співробітників.

Відповідальність за забезпечення якості медичної допомоги у закладі покладається на заступника головного лікаря з медичної роботи. Організацію діяльності молодшого медичного персоналу з вищою освітою здійснює заступник головного лікаря з медсестринства (головна медична сестра). На рівні структурних підрозділів закладу керівництво процесом покладається на завідувача відділенням, а безпосередній контроль за роботою молодшого медичного персоналу — на старшу медичну сестру. Обов’язки щодо забезпечення якості медичної допомоги визначені відповідними посадовими інструкціями.

Перспективні та поточні плани роботи закладу та його структурних підрозділів обов'язково включають заходи з підвищення якості медичної допомоги пацієнтам. Контроль якості є складовою комплексного процесу забезпечення медичної допомоги на всіх етапах і рівнях надання послуг.

На рівні закладу охорони здоров'я в державній системі охорони здоров'я виділяють наступні ступені контролю якості медичної допомоги:

1. **Перший ступінь контролю** — завідувач структурного підрозділу оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем, на основі обстеження не менше 30 % пацієнтів поліклініки та всіх пацієнтів стаціонару.
2. **Другий ступінь контролю** — заступники головного лікаря, відповідальні за роботу поліклініки чи стаціонару, здійснюють щоденну експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів поліклініки та 20 % стаціонару, використовуючи основні облікові документи.
3. **Третій ступінь контролю** — експертна комісія закладу проводить щомісячну оцінку роботи структурних підрозділів.

Наступні ступені контролю здійснюють спеціалісти територіальних та регіональних органів управління охороною здоров'я:

4. **Четвертий ступінь контролю** — експертна комісія міського управління охорони здоров'я (або ТМО) оцінює діяльність кожного закладу щоквартально.
5. **П'ятий ступінь контролю** — експертна комісія обласного управління охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних закладів охорони здоров'я щоквартально.

У випадку надання медичної допомоги на засадах медичного страхування контроль здійснюється за триступеневою схемою:

- **І ступінь** — внутрішньовідомча оцінка діяльності закладу експертною комісією відповідних органів охорони здоров'я;
- **ІІ ступінь** — позавідомчий контроль експертною комісією страхової медичної організації;
- **ІІІ ступінь** — незалежна експертна оцінка у випадках конфліктів.

Для аналізу та оцінки якості лікувально-профілактичної допомоги використовуються клінічні протоколи та стандарти медичних технологій.

РОЗДІЛ 4
КОНЦЕПЦІЯ ТА ОСНОВНІ ВІДМІННОСТІ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ. ПОРЯДОК НАДАННЯ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ТЕРМІНАЛЬНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, ВЗАЄМОДІЯ ЗІ СПЕЦІАЛІСТАМИ

4.1. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Найгострішою демографічною проблемою сучасної України є надзвичайно високий рівень смертності населення, який щороку демонструє тенденцію до зростання. Щорічно в Україні помирає близько 700 тисяч осіб, при цьому понад 50% випадків смертності зумовлені серцево-судинними захворюваннями. Найвищі показники смертності фіксуються у Сумській, Чернігівській та Кіровоградській областях. З моменту здобуття незалежності чисельність населення України зменшилася з 50 млн до 45,5 млн осіб.

Наступними за значенням причинами смертності є онкологічні захворювання (понад 45 тисяч випадків на рік), хвороби органів дихання (8,6 тисяч), СНІД, туберкульоз та інші інфекційні хвороби (6,6 тисяч).

Зі збільшенням частки населення літнього та старечого віку та зниженням смертності від інфекційних захворювань спостерігається тенденція до зростання захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), упродовж наступних 20 років світова захворюваність та смертність від онкологічних хвороб подвоїться: кількість нових випадків зросте з 10 до 20 млн, а смертей — з 6 до 12 млн.

В Україні на обліку в онкологічних лікувально-профілактичних закладах перебуває понад 910 тисяч хворих на злоякісні новоутворення, щорічно реєструється близько 160 тисяч нових випадків. Рівень зростання онкологічної захворюваності в Україні є одним з найвищих у Європі. За даними Національного канцер-реєстру України, близько 40% пацієнтів помирають протягом першого року після встановлення діагнозу, при цьому 35% померлих становлять особи працездатного віку.

Однією з ключових причин високої смертності є пізнє виявлення захворювання: приблизно 40% пацієнтів діагностуються на III–IV стадіях, що значно перевищує показники у країнах Європи та США. Виживаність при діагностиці на третій стадії становить 42%, на четвертій — лише 13–14%, тоді як при ранньому виявленні і своєчасному лікуванні на першій стадії виживаність досягає 92%, а на другій — 88%.

Загалом близько 100 тисяч онкологічних хворих і понад 5 тисяч пацієнтів із СНІДом щороку помирають в Україні, причому лише 5% із них отримують спеціалізовану медичну допомогу та адекватне знеболення у медичних закладах; приблизно 85% пацієнтів помирають вдома, а решта 10% — в інших місцях.

За медико-демографічними показниками Україна відноситься до демографічно «старих» країн світу. Частка населення віком 60 років і старших перевищує 11 млн осіб (23,9%), кількість людей старших 75 років становить близько 3,5 млн і продовжує зростати. Старіння населення, як і в інших європейських країнах, супроводжується збільшенням числа осіб, що помирають у старечому віці від хронічних соматичних захворювань, які часто ускладнені тяжкими фізичними, психічними та соціальними розладами, що потребує надання паліативної та хоспісної допомоги.

Літні пацієнти в термінальному періоді життя зазвичай мають поліморбідність, психоемоційні розлади та соціальні проблеми, що зумовлює необхідність кваліфікованої комплексної мультидисциплінарної допомоги на засадах координації та інтеграції роботи закладів, підпорядкованих різним міністерствам і відомствам.

Основи паліативної допомоги у пацієнтів в термінальних стадіях захворювань

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) впровадила паліативну допомогу як окремий напрямок медицини у 1982 році. На початковому етапі паліативну допомогу визначали як догляд за пацієнтом у останні дні життя. У 2002 році ВООЗ розширила це визначення, підкресливши комплексний підхід до надання допомоги.

Сучасне визначення паліативної допомоги формулюється таким чином: це системний підхід, спрямований на забезпечення максимальної якості життя пацієнтів із невиліковними (смертельними) захворюваннями та членів їхніх родин шляхом запобігання і полегшення страждань через раннє виявлення та точну оцінку проблем, що виникають, а також проведення адекватних

лікувальних заходів при больовому синдромі та інших порушеннях життєдіяльності, а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Цей підхід включає забезпечення ефективного знеболення, при якому біль розглядається як комплексне фізичне, соціальне, психологічне та духовне страждання. Таким чином, паліативна допомога охоплює медичну, соціальну, психологічну та духовну складові.

Медична складова паліативної допомоги включає контроль фізичного стану пацієнта, симптоматичне лікування патологічних проявів захворювання, у тому числі болю, консультування та навчання пацієнта та членів його родини навичкам догляду.

Згідно з сучасними міжнародними концепціями, паліативна медицина повинна бути невід'ємною інтегрованою частиною системи медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) та Барселонська декларація (1996) закликають усі держави включати паліативну допомогу до національних систем охорони здоров'я.

Відповідно до існуючих визначень, паліативна медицина є галуззю наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань пацієнтів із різними нозологічними формами хронічних невиліковних захворювань, переважно у термінальній стадії прогресування, коли можливості спеціалізованого лікування основного захворювання є обмеженими або науково визнаними безперспективними.

Медичні показання для надання паліативної допомоги

Паліативна допомога показана пацієнтам із прогресуючими захворюваннями у термінальних стадіях, які не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, та супроводжуються хронічним больовим синдромом і суттєвими обмеженнями життєдіяльності, за відсутності наступних станів:

- гострих захворювань;
- хронічних захворювань у фазі загострення, що потребують лікування або спостереження у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я;
- гострих інфекційних або психічних розладів, що становлять загрозу для оточуючих або медичного персоналу та потребують лікування у спеціалізованих медичних установах;
- гострих хірургічних станів та станів після оперативних втручань, які в умовах наявної патології можуть вимагати реанімаційних заходів або інтенсивного терапевтичного спостереження.

Сруктура паліативної допомоги наведена на рис.4 .1.



Рис. 4.1. Сруктура паліативної допомоги

Джерело зображення: https://socialdata.org.ua/paliativna-dopomoga-shho-ce/

Об'єкти та початок надання паліативної допомоги

Об'єктами паліативної допомоги є пацієнти з онкологічними, серцево-судинними та цереброваскулярними захворюваннями, СНІДом, туберкульозом, дегенеративними сенільними ураженнями головного мозку, тяжкими генетичними патологіями та іншими невиліковними станами у термінальній стадії.

Паліативну допомогу слід розпочинати паралельно з іншими видами лікування (наприклад, хіміо- або радіотерапією, хірургічним чи консервативним лікуванням) у пацієнтів із невиліковними хронічними захворюваннями. У той час як специфічне (етіотропне або патогенетичне) лікування спрямоване на боротьбу із захворюванням та досягнення ремісії, паліативна допомога має забезпечувати профілактику та полегшення страждань, що виникають внаслідок прогресування хвороби.

Етіотропна терапія та паліативна допомога повинні інтегруватися в єдиний курс лікування пацієнта. Надання паліативної допомоги необхідно починати до того, як симптоми стануть неконтрольованими, що дозволяє забезпечити ефективне управління больовим синдромом та іншими порушеннями життєдіяльності.

Еволюціяю моделі паліативної допомоги див. рис. 4.2.

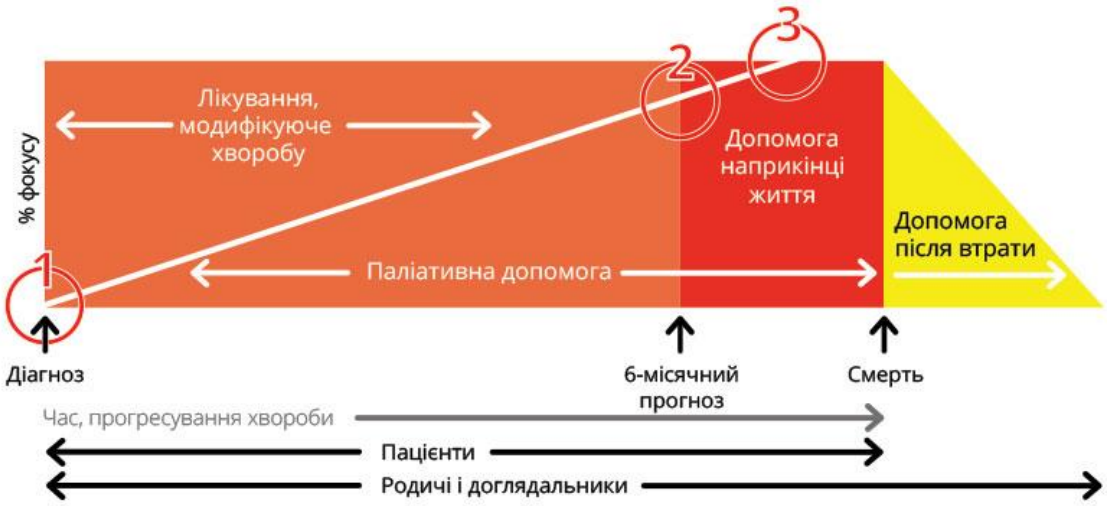


Рис. 4.2. Еволюція моделі паліативної допомоги

Джерело зображення: https://socialdata.org.ua/paliativna-dopomoga-shho-ce/

Прийняття рішень щодо припинення реанімаційних заходів

Рішення про припинення реанімаційних заходів ухвалюються лікарями на основі оцінки співвідношення користі та ризику для здоров'я пацієнта. Основною умовою прийняття таких рішень є забезпечення максимального захисту прав та інтересів пацієнта, що отримує паліативну допомогу, а також відкритість і взаєморозуміння між медичним персоналом і членами його родини.

Соціальний та психологічний компоненти паліативної допомоги

Соціальний компонент паліативної допомоги спрямований на підтримку найбільш вразливих верств населення, насамперед невиліковно хворих у термінальній стадії життя. Основними завданнями соціальної роботи у цій сфері є: розширення можливостей пацієнта, забезпечення його доступу до ресурсів соціальної підтримки, організація комплексних соціальних послуг та адаптація системи підтримки до індивідуальних потреб хворого.

Психологічний компонент паліативної допомоги покликаний зменшувати психоемоційні страждання, пов'язані з невиліковними захворюваннями, сприяти подоланню стресу, тривожності та депресії пацієнтів, їхніх родичів і персоналу, залученого до надання паліативної допомоги. Він включає підготовку пацієнта та його родини до процесу смерті, підтримку близьких під час і після втрати, а також забезпечення максимальної активності хворого до кінця життя. Психологічна підтримка родини спрямована на зменшення

психоемоційного навантаження, полегшення переживання горя та за потреби — проведення післясмертного психологічного консультування.

Більшість дослідників виділяють п’ять основних етапів психологічних реакцій у невиліковних пацієнтів:

1. шок;
2. заперечення;
3. агресія;
4. депресія;
5. примирення.

Переживання стадій шоку, паніки та відчаю є найбільш тяжкими і болісними як для пацієнта, так і для родичів та медичного персоналу. У деяких випадках передбачити розвиток психоемоційної кризи складно; найсильніший стрес може провокувати реактивний психоз із проявами збудження або ступору. У таких ситуаціях доцільне профілактичне застосування нейролептиків або антидепресантів у поєднанні з кваліфікованою психотерапевтичною підтримкою.

У фазі заперечення пацієнт свідомо витісняє відчуття кризи в підсвідомість, хоча вони залишаються в психоемоційній сфері. Спостерігаються рятівні уявлення про можливу лікарську помилку, надія на дивне зцілення або сприятливий фінал. Водночас психоемоційна симптоматика характеризується відчуттям відчаю, страхом смерті, трагічними снами та можливими галюцинаціями.

Фаза агресії виникає на тлі усвідомлення неминучості кінця та прагнення визначити причини та винних у цій ситуації. Агресивні реакції часто маскують страх і можуть становити небезпеку для хворого; тому пацієнта не слід залишати без нагляду, щоб запобігти суїцидальним проявам. Агресія, обурення, протест та ворожість можуть бути спрямовані на оточуючих, що накладає на медичний персонал завдання терпляче приймати ці прояви та пом’якшувати їх до моменту емоційного зниження інтенсивності.

Фаза депресії проявляється як глибоко внутрішній стан смутку, почуття вини, жалю та підготовки до прощання зі світом. Бурхливі емоційні реакції поступаються місцем замкнутості. У цій фазі найбільш доцільним є мовчазна підтримка оточуючих та небагатослівне співчуття. При необхідності можливе застосування антидепресантів.

Завершальною стадією є примирення з долею, коли пацієнт усвідомлює неминучість смерті та приймає її. Цей етап супроводжується переоцінкою

життєвих цінностей, усвідомленням завершення життєвого шляху, заспокоєнням і сподіванням на можливе існування в іншому світі.

Слід зазначити, що наведена модель є умовною: у реальному житті черговість стадій може варіюватися або деякі з них можуть бути відсутніми. Тому обов'язковою умовою надання психологічної допомоги є кваліфіковане психотерапевтичне спостереження за пацієнтами.

Пацієнт, який отримує паліативну допомогу, має невід'ємне право на задоволення своїх духовних потреб відповідно до власних релігійних переконань, соціальної, культурної та духовної ідентичності або уподобань. У випадку невизначеної релігійної приналежності духовна підтримка має сприяти формуванню або усвідомленню релігійної чи конфесійної самоідентифікації, якщо пацієнт розглядає це як значиму потребу.

Етичні аспекти. Паліативна медицина спрямована на вирішення складних проблем пацієнта в термінальному стані. Поняття термінального періоду, його ознаки та тривалість можуть варіюватися. У практиці паліативної медицини термінальний стан визначається як період, протягом якого розвивається неконтрольоване порушення основних життєвих функцій організму, що неминуче призводить до смерті пацієнта.

Ознаки термінального стану

Клінічна картина та тривалість термінального стану залежать від специфіки основного захворювання. Загальним критерієм є неефективність лікувальних заходів та наявність таких проявів:

- тотальні порушення функцій систем, що забезпечують життєдіяльність організму;
- прогресуючий характер дисфункцій життєво важливих систем;
- обґрунтовано песимістичний прогноз;
- порушення інтегративної діяльності центральної нервової системи.

Показники прогнозу тривалості життя включають:

- Функціональний статус пацієнта: рівень енергії та активності, який використовується для прогнозування тривалості життя у онкологічних хворих.
- Стандартизовані шкали (наприклад, шкала Карнофського, ECOG) мають обмежену прогностичну цінність у випадку прогресуючих захворювань (Lamont & Christakis, 2007).
- Клінічні ознаки та симптоми: задишка, дисфагія, втрата маси тіла, сухість у роті, анорексія, когнітивні порушення асоціюються з обмеженою тривалістю життя у онкологічних пацієнтів (Llobera et al., 2000; Vigano et al., 2000).

- Біологічні маркери: підвищення рівня тромбоцитів, зниження концентрації альбуміну в сироватці тощо можуть свідчити про обмежену тривалість життя (Lamont & Christakis, 2007).
- Прогнози клініцистів: хоча дослідження показують тенденцію до переоцінки тривалості життя лікарями, корисним є метод «чи здивувався б я, якби цей пацієнт помер протягом шести місяців?». Це дозволяє визначити необхідність перегляду цілей лікування та організації паліативної допомоги, включно з плануванням комфорту, психологічної, соціальної та духовної підтримки на фінальному етапі життя (Lynn et al., 2000).

Принципи прийняття рішення про перехід до паліативного лікування

Рішення про започаткування паліативної терапії повинно ґрунтуватися на положеннях Венеціанської декларації:

1. Лікар зобов'язаний, наскільки це можливо, полегшувати страждання пацієнта, завжди керуючись його інтересами. Цей принцип залишається чинним навіть у випадку невиліковних захворювань.
2. Лікар не повинен продовжувати страждання пацієнта шляхом продовження лікування, яке здатне лише відстрочити неминучий кінець життя, якщо цього вимагає пацієнт або, у випадку втрати свідомості, його родичі. Відмова хворого від терапії не звільняє лікаря від обов'язку надавати допомогу, включно з призначенням засобів для полегшення страждань.
3. Лікар повинен утримуватися від застосування нестандартних терапевтичних методів, які не здатні принести реальної користі пацієнту.

У практичному контексті необхідно враховувати унікальність життя кожної людини та прагнути підтримувати його до тих пір, поки це відповідає інтересам і бажанням пацієнта. Водночас лікар не має морального чи юридичного права продовжувати нестерпні страждання; необхідно вживати всіх можливих заходів для забезпечення комфорту і мінімізації болю. У випадках, коли фізичні та психоемоційні страждання пацієнта не піддаються корекції, доцільно розглянути питання про медикаментозний сон без скорочення тривалості життя.

Незважаючи на прагнення продовжити життя, на певному етапі розвитку хвороби смерть стає неминучою. Реанімаційні заходи виправдані лише тоді, коли пацієнта можна повернути до свідомого життя без страждань. У решті випадків завершення життя розглядається як бажане полегшення страждань. Обов'язком лікаря не є збереження життя будь-якою ціною; необхідно дозволити пацієнту спокійно завершити життєвий шлях.

Психологічні ознаки, такі як згасання надії, апатія, байдужість, відмова від прийому їжі, свідчать про прийняття неминучості смерті. У таких випадках інтенсивна терапія або реанімаційні заходи зазвичай не є доцільними.

Оскільки багато рішень у клінічній практиці ґрунтуються на прогнозах та оцінках, для мінімізації помилок важливо приймати ключові рішення колегіально, за участю медичного персоналу, пацієнта та його родичів.

Мета паліативної допомоги

Паліативна допомога спрямована на комплексне забезпечення максимально можливої якості життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями та їхніх родин і характеризується наступними принципами:

- Полегшення болю та інших симптомів або порушень життєдіяльності, що спричиняють страждання.
- Підтвердження цінності життя та розгляд смерті як природного процесу, без мети прискорити чи затримати його настання.
- Інтеграція соціальних, психологічних та духовних аспектів догляду за пацієнтом.
- Забезпечення системи підтримки, яка дозволяє пацієнту зберігати максимально можливу активність до кінця життя.
- Надання підтримки родині пацієнта для подолання психоемоційних та соціальних наслідків тяжкої хвороби і втрати близької людини.
- Використання комплексного міждисциплінарного підходу, орієнтованого на потреби пацієнта та його сім'ї.
- Покращення якості життя та сприятливий вплив на перебіг захворювання.
- Призначення незалежно від стадії основного захворювання та поряд із специфічним лікуванням, спрямованим на продовження життя (наприклад, хіміотерапія або променева терапія), із врахуванням необхідності моніторингу, оцінки динаміки хвороби та запобігання клінічним ускладненням.

Основні принципи паліативної терапії

1. Визначення ключових факторів, що призводять до погіршення стану пацієнта, зокрема больового синдрому, порушень харчування та обміну речовин, нервово-психічних розладів, компресії життєво важливих органів тощо.

2. Ідентифікація провідного патогенетичного механізму, який зумовлює розвиток патологічного синдрому, зокрема проявів пухлинного процесу, неспецифічних ускладнень, паранеопластичних синдромів, наслідків

проведеного протипухлинного лікування, супутньої патології або нервово-психічних реакцій.

3. Своєчасна діагностика гострої патології, що потребує невідкладного втручання, включаючи хірургічне, та при необхідності організація госпіталізації для проведення інтенсивної терапії.

4. Формування системи догляду, визначення дієтичного режиму та заходів щодо створення сприятливого психологічного середовища для пацієнта.

5. Виявлення та корекція супутніх психоемоційних розладів.

6. Використання профілактичних та загальнооздоровчих заходів.

7. Призначення медикаментозної терапії відповідно до показань із дотриманням принципу поступової ескалації від м'яко- до сильнодіючих засобів та своєчасною їх заміною з метою запобігання розвитку толерантності.

8. Використання психотропних препаратів для пом'якшення сприйняття тяжкості хвороби пацієнтом та зменшення його страждань.

9. Постійне дотримання принципів онкологічної деонтології, зокрема підтримка надії пацієнта на сприятливий результат лікування.

Схема надання паліативної допомоги мультидисциплінарною бригадою наведена на рис. 4.3.



Рис. 4.3. Схема надання паліативної допомоги мультидисциплінарною бригадою

Джерело зображення: https://socialdata.org.ua/paliativna-dopomoga-shho-ce/

Паліативна допомога дітям

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), паліативна допомога дітям є спеціалізованою, але спорідненою з паліативною допомогою дорослим, галуззю медицини. Основні принципи, що застосовуються при педіатричних невиліковних захворюваннях, включають:

- Паліативна допомога дітям передбачає активну і всебічну підтримку фізичного, когнітивного та емоційного стану дитини, включно з наданням підтримки її родині.
- Надання паліативної допомоги починається з моменту встановлення діагнозу та триває незалежно від того, чи отримує дитина специфічне лікування захворювання.
- Медичний персонал, що надає паліативну допомогу, зобов'язаний контролювати і максимально зменшувати фізіологічні та психологічні страждання дитини, а також забезпечувати належні соціальні умови для її перебування.
- Ефективне надання паліативної допомоги вимагає комплексного мультидисциплінарного підходу, який передбачає залучення родини та доступ до соціальних ресурсів; цей підхід може бути реалізований навіть за обмежених ресурсів.
- Паліативна допомога дітям може надаватися як у спеціалізованих медичних закладах, так і в умовах загальної лікувальної мережі або безпосередньо в домашніх умовах.

4.2. БОЛЬОВІ СИНДРОМИ В РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ, ФОРМИ ГОСТРОГО ТА ХРОНІЧНОГО БОЛЮ, ЙОГО ІНТЕНСИВНІСТЬ. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ СОМАТИЧНОГО БОЛЮ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ. ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ

Больовий синдром у інкурабельних пацієнтів та механізми його формування

Больовий синдром є одним із провідних клінічних проявів у інкурабельних пацієнтів. Його виникнення зумовлене як прогресуванням основного захворювання, так і ускладненнями лікувальних втручань. Фармакологічний компонент паліативної та хоспісної медицини становить ключову складову комплексу заходів, спрямованих на контроль симптомів базової патології та, за необхідності, наслідків терапевтичного впливу,

зокрема агресивних методів протипухлинного лікування. Саме ці симптоми є основним джерелом страждань для пацієнтів.

Серед найбільш значущих проявів провідне місце посідає больовий синдром, а також психоемоційні порушення, особливо характерні для онкологічних захворювань. До інших клінічно несприятливих симптомів належать ураження шкіри та слизових оболонок (зокрема порожнини рота, шлунково-кишкового тракту), патологія кісткової тканини (остеопоротичні зміни), а також порушення функцій життєво важливих органів і систем — серцево-судинної, дихальної, гепатобіліарної та сечовидільної, що найчастіше спостерігаються на термінальних етапах життя.

Центральне місце в системі фармакологічних заходів паліативної допомоги належить терапії хронічного больового синдрому. Біль розглядається як суб'єктивне сенсорне та емоційне переживання, що виникає у відповідь на дію пошкоджувальних стимулів. З фізіологічної позиції біль є важливим захисним механізмом, який сигналізує про загрозу життю та сприяє збереженню цілісності організму.

Водночас надмірно інтенсивний або тривалий біль, характерний для прогресування злоякісних новоутворень чи інших тяжких патологічних станів, призводить до формування стійких патологічних змін у периферичній та центральній нервовій системі. Хронічний больовий синдром негативно впливає на гомеостаз організму, спричиняючи нейрофізіологічні порушення та загальне виснаження адаптаційних механізмів. За тривалого перебігу больових відчуттів формується хронічний біль, притаманний більшості хронічних захворювань і практично всім поширеним формам злоякісних пухлин III–IV клінічних стадій.

Типи та оцінка хронічного болю

Хронічний біль, зокрема при прогресуючих онкологічних захворюваннях (III–IV стадії), може мати постійний або пароксизмальний характер, що залежить від локалізації патологічного процесу, ступеня його поширеності та особливостей попереднього лікування.

За інтенсивністю больові відчуття класифікують як слабкі, помірні, сильні або дуже сильні (нестерпні). Оцінювання інтенсивності болю ґрунтується на суб'єктивних відчуттях пацієнта та проводиться як до початку знеболювальної терапії, так і в динаміці лікування з метою визначення його ефективності. У паліативній медицині широко застосовується п'ятибальна вербальна шкала оцінки болю, відповідно до якої: 0 — відсутність болю, 1 — слабкий біль, 2 — помірний, 3 — сильний, 4 — максимально виражений біль.

Альтернативним методом є використання **візуально-аналогової шкали (ВАШ)** інтенсивності болю (рис. 4.4), яка представляє собою лінію довжиною 10 см із градацією від 0 до 100 %, на якій пацієнт самостійно відзначає суб'єктивну силу больових відчуттів.

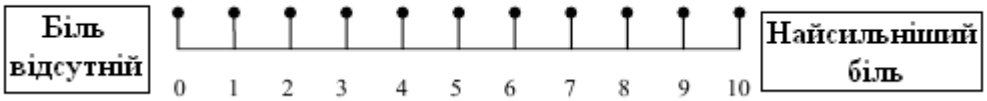


Рис. 4.4 Візуальна аналогова шкала для оцінки інтенсивності болю
Джерело зображення: https://clincasequest.academy/wp-content

Застосування стандартизованих шкал оцінювання болю є необхідним для кількісного аналізу динаміки інтенсивності хронічного больового синдрому (ХрБС) у процесі лікування, а також для обґрунтованого вибору анальгетичних засобів і оптимізації схем їх застосування.

Відповідно до рекомендацій Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), виділяють кілька патогенетично зумовлених типів болю залежно від джерела його виникнення. Кожен із них пов'язаний із різним ступенем ушкодження м'яких тканин, кісткових структур і внутрішніх органів, спричиненим як безпосереднім ростом злоякісної пухлини, так і її метастатичним поширенням.

У клінічній практиці розрізняють такі основні типи болю:

- **Ноцицептивний біль**, який поділяється на:
- а) **соматичний**, що виникає внаслідок подразнення ноцицепторів при ураженні кісткової тканини, м'яких тканин або внаслідок м'язового спазму;
- б) **вісцеральний**, пов'язаний із канцероматозом серозних оболонок, розвитком гідротораксу, асциту, перерозтягненням стінок порожнистих органів або капсул паренхіматозних органів.
- **Нейропатичний біль**, що зумовлений пошкодженням або патологічною гіперактивністю нервових структур.
- **Каузалгія** — біль, інтенсивність якого посилюється за участю симпатичної нервової системи і виникає внаслідок змішаного порушення периферичної іннервації первинних ноцицептивних та постгангліонарних симпатичних волокон, обумовленого ростом пухлини.

Ноцицептивний біль зазвичай характеризується як глибокий, тупий, пульсуючий або подібний до больових відчуттів після механічної травми.

Нейропатичний біль виникає внаслідок ушкодження мієлінової оболонки аксонів периферичних нервів і найчастіше є клінічним проявом периферичної симетричної полінейропатії (ПСП). Для нього характерні сенсорні порушення, зокрема зниження чутливості, відчуття оніміння, парестезії («поколювання»), шум або дзвін у вухах, а також больові відчуття, переважно в ділянці нижніх кінцівок і стоп.

Нейрофізіологічні реакції та патобіохімічні зміни, що формуються при хронічному болю, зумовлюють розвиток патопсихологічних змін у структурах головного мозку, які, у свою чергу, сприяють формуванню стійкого хронічного больового синдрому. ХрБС у термінальному періоді життя суттєво відрізняється від гострого болю за клінічними проявами, що пов'язано з його тривалістю, інтенсивністю та резистентністю до терапії. До характерних особливостей належать виражені психоемоційні порушення, зниження чутливості до дії лікарських засобів та інших лікувальних втручань, а також можливий розвиток вітальної депресії.

Диференціальний діагноз соматичного болю та психосоматичних розладів

Диференційна діагностика соматичних і психосоматичних розладів має вирішальне значення для визначення оптимальної лікувальної стратегії та подальшого клінічного маршруту пацієнта. Усвідомлення етіології та патофізіологічних механізмів формування болю, закономірностей його прогресування, а також впливу больового синдрому як на організм пацієнта в цілому, так і на його соціальне оточення, дає змогу лікарю не лише ефективно коригувати наявні клінічні прояви, а й запобігати повторним епізодам больових розладів. Водночас початковим етапом є чітке визначення базових понять і принципових відмінностей між соматичним болем та психосоматичними порушеннями.

Соматичний біль визначається як больове відчуття, що виникає внаслідок подразнення рецепторів поверхневих структур тіла. Виділяють два основні різновиди соматичного болю — швидкий і повільний.

Швидкий біль формується при активації, переважно, механорецепторів і терморецепторів. Проведення больової інформації здійснюється аферентними нервовими волокнами типу Aβ зі швидкістю приблизно 15–30 м/с через задні корінці спинного мозку до драглистої речовини задніх рогів, переважно до I пластини. Основним нейромедіатором у синапсах є глутамат, який забезпечує передачу сигналу на другий нейрон у задніх рогах спинного мозку. Подальша трансмісія імпульсів відбувається неоспіноталамічними

шляхами через специфічні ядра таламуса, зокрема вентробазальний комплекс і задні ядра, до первинної соматосенсорної кори. Швидкий біль характеризується чіткою локалізацією, нетривалим перебігом і виконує сигнально-захисну функцію, попереджаючи про потенційне ушкодження тканин.

Повільний, хронічний біль виникає внаслідок подразнення хемоноцицепторів біологічно активними хімічними сполуками — алгетиками, що утворюються в зоні тканинного ушкодження. Передача больової інформації від цих рецепторів до центральної нервової системи здійснюється аферентними волокнами типу С зі швидкістю 0,5–2,0 м/с. Основним медіатором їх нервових закінчень є субстанція Р.

Субстанція Р є нейропептидом, який вивільняється повільно в синаптичну щілину, досягаючи максимальної концентрації через кілька секунд після активації. Вона забезпечує передачу сигналу на другий нейрон у драглистій речовині задніх рогів спинного мозку, після чого імпульси поширюються палеоспіноталамічними та ретикулоталамічними шляхами через неспецифічні (інтраламінарні) ядра таламуса до кори головного мозку. Повільний хронічний біль характеризується дифузністю, труднощами локалізації та значним емоційно-афективним компонентом.

Психосоматози являють собою класичну групу психосоматичних захворювань, розвиток яких супроводжується формуванням органічної патології під впливом психологічних чинників. У таких випадках провідна роль у терапії належить корекції психічного стану пацієнта, що реалізується за допомогою психотерапевтичних методів та психофармакотерапії. Традиційно до цієї групи відносять так звану «психосоматичну сімку», яка включає гіпертонічну хворобу, пептичну виразку, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, інфаркт міокарда та мігрень.

Водночас психологічні та поведінкові чинники, модифікуючи реактивність організму, відіграють суттєву роль у виникненні та перебігу багатьох інших захворювань, зокрема ендокринних, інфекційних та злоякісних новоутворень, однак у цих випадках вони не виступають первинними етіологічними факторами.

Функціональні психосоматичні розлади, які також визначають як системні неврози, характеризуються нестійкими порушеннями функцій органів і систем, зумовленими впливом нервово-психічних факторів, зокрема особливостями емоційного реагування та переживанням психотравмуючих подій. До цієї групи належать заїкання, енурез, невротичні тики,

функціональні закрепи, психогенна еректильна дисфункція та інші подібні стани.

Ключовими чинниками соматизації виступають гострі та хронічні психоемоційні стреси, міжособистісні конфлікти у поєднанні з недостатньою емоційною переробкою переживань, тенденції до уникання, а також соціальні, культурні й сімейні табу щодо відкритого вираження емоцій. Посиленню соматичних симптомів також сприяє реакція соціального оточення, оскільки фізичне захворювання частіше викликає співчуття та підтримку, ніж прояви психологічного дистресу. Додаткову роль у розвитку психосоматичних розладів відіграють порушення процесів уваги та контролю внаслідок дисоціативних механізмів і когнітивних викривлень у сприйнятті подій.

Психосоматичні розлади можуть формуватися внаслідок генералізованого сенсорного посилення тілесних відчуттів, що пов’язується з функціональною активністю острівцевої кори. Дані нейровізуалізаційних досліджень свідчать про підвищену активацію лімбічних структур у відповідь на ноцицептивні стимули. Крім того, посилення соматизації можливе за умов реактивації раніше сенсибілізованих цитокінових систем головного мозку у відповідь на інфекційні або неінфекційні ушкодження. Цитокіни, що впливають на центральну нервову систему, імовірно, відіграють ключову роль у формуванні так званої хворобливої поведінки. Хронічна активація імунної системи у відповідь на стресові фактори здатна підвищувати чутливість цитокінових реакцій, тоді як явища центральної сенсибілізації є важливим патогенетичним механізмом розвитку клінічних симптомів.

У процесі диференційної діагностики соматичних і психосоматичних станів лікареві необхідно достовірно встановити первинну причину патологічного процесу. З цією метою слід спиратися не лише на результати інструментальних і лабораторних досліджень, а й на динамічне спостереження за психічним станом пацієнта протягом усього періоду лікування. Слід враховувати, що соматичний біль може призводити до вторинних психічних порушень, зокрема депресивних і суїцидальних тенденцій, так само як психоемоційна нестабільність здатна ініціювати розвиток органічної патології, наприклад стрес-індукованої кардіоміопатії (синдрому Такоцубо, або «синдрому розбитого серця»).

4.3. ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЯХ

Основні правила знеболювання

Раціональне знеболювання ґрунтується на дотриманні низки базових принципів. По-перше, слід обирати лікарський засіб, здатний повністю усунути або суттєво зменшити больовий синдром протягом 48–72 годин. По-друге, анальгетичні препарати необхідно призначати за фіксованим часовим режимом, тобто наступна доза має вводитися до завершення фармакологічної дії попередньої, що дозволяє уникнути проривного болю. По-третє, знеболювальна терапія повинна здійснюватися за принципом «висхідної аналгезії», починаючи з максимально допустимих доз слабкодіючих засобів із поступовим переходом до мінімально ефективних доз сильнодіючих препаратів.

Комплекс фармакологічних заходів, спрямованих на контроль хронічного болю (ХрБ), базується на концепції, згідно з якою за сучасних можливостей клінічної медицини, зокрема за умови застосування високоефективних анальгетиків, адекватного знеболення можна досягти у 80–90 % пацієнтів, включно з хворими на IV стадії злоякісного пухлинного процесу. Фармакотерапія больового синдрому передбачає використання таких основних класів лікарських засобів:

1. нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та ненаркотичних анальгетиків;
2. наркотичних (опіоїдних) анальгетиків;
3. допоміжних (ад'ювантних) лікарських засобів, дія яких спрямована на потенціювання аналгетичного ефекту та корекцію супутніх симптомів.

Водночас експертні висновки Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать, що ефективний контроль інтенсивного больового синдрому можливий переважно за умови застосування опіоїдних анальгетиків.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, у лікуванні хронічного больового синдрому в онкологічних пацієнтів виділяють три послідовні рівні (ступені) знеболення:

- **Перший рівень** — при слабкому болю призначають ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби з аналгетичною активністю (парацетамол, метамізол натрію, диклофенак, індометацин, кеторолак, ібупрофен, мелоксикам, німесулід, саліцилати тощо). За необхідності терапію доповнюють ад'ювантними препаратами для контролю інших симптомів

захворювання, зокрема седативними засобами (снодійні, анксіолітики, антидепресанти), протиблювотними препаратами, глюкокортикоїдами та дифосфонатами.

- **Другий рівень** — за наявності помірного болю або недостатньої ефективності препаратів першого рівня до ненаркотичних анальгетиків додають слабкі опіоїдні анальгетики кодеїнового ряду (кодеїн, гідрокодон) у поєднанні з ад'ювантними лікарськими засобами.
- **Третій рівень** — при сильному або нестерпному болю, резистентному до терапії першого та другого рівнів, показане призначення сильнодіючих опіоїдних анальгетиків (морфін, трамадол, гідроморфон, фентаніл, бупренорфін, буторфанол, тримеперидин, налбуфін), у тому числі препаратів пролонгованої дії та трансдермальних лікарських форм. При цьому не виключається одночасне застосування ненаркотичних анальгетиків і необхідних допоміжних (симптоматичних) засобів. Підбір доз опіоїдів здійснюється за принципом титрації — від мінімальних до вищих доз — до досягнення адекватного клінічного ефекту.

Для прогнозування доцільності тривалого застосування опіоїдної аналгезії у пацієнтів із хронічним больовим синдромом неонкологічного генезу використовується спеціалізована шкала **DIRE**.

Схему застосування опіоїдних анальгетиків разом з анальгетиками периферичної дії та допоміжними (ад`ювантними) ЛЗ на різних сходинках «сходинок» знеболення, за рекомендаціями ВООЗ та ІАНРС представлено в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Класифікація болю і препарати для проведення знеболювання при хронічному больовому синдромі

Сходинка знеболювання ВООЗ	**Анальгетики вибору**
1-ша легкий/ слабкий біль	Ацетилсаліцилова кислота, парацетамол та інші НПЗЛЗ + ад`ювантні препарати
2-га помірний біль	Слабкі опіоїди (Кодеїн, Трамадол) + Парацетамол та інші НПЗЛЗ + ад`ювантні препарати
3-тя важкий/ сильний біль	Сильні опіоїди (Морфін, Фентаніл, Гідроморфон, Метадон, Бупренорфін, Тримеперидин, Буторфанол, Налбуфін) + ад`ювантні препарати

З метою усунення або зменшення вираженості інших клінічних симптомів, які є основними чинниками страждання пацієнтів і характерні для термінальних стадій онкологічних та інших хронічних невиліковних захворювань, у паліативній медицині застосовують широкий спектр фармакологічних засобів симптоматичної та підтримувальної терапії. До них належать препарати для корекції кахексії та порушень білкового обміну, лікування диспепсичних розладів, геморагічного синдрому, гематологічних порушень і проведення імунокорекції, терапії інфекційних ускладнень, лікування виразкових уражень шкіри та слизових оболонок, корекції дизуричних розладів, зменшення проявів остеопорозу та гіперкальціємії, нормалізації біохімічних порушень, зокрема детоксикаційної функції печінки. Крім того, проводиться симптоматична терапія набрякового синдрому, лімфедеми, патологічних випотів у серозні порожнини, а також компресійних церебральних і медіастинальних ускладнень, що виникають унаслідок пухлинного росту, та інших пов'язаних станів.

Сучасна концепція фармакотерапії хронічного больового синдрому (ХрБС) базується на поетапному підході до знеболення, що передбачає послідовне застосування анальгетичних засобів різної сили дії. Цей підхід покладено в основу трирівневої моделі лікування хронічного болю в паліативній онкології — так званої «анальгетичної драбини» Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO analgesic ladder), розробленої та запропонованої ВООЗ (рис. 4.5.).

Лікарські засоби ад'ювантної дії в паліативній та хоспісній медицині

З метою усунення або зменшення вираженості різноманітних клінічних симптомів, окрім хронічного больового синдрому, які є основними чинниками страждання пацієнтів та характерні для термінальних стадій онкологічних і інших хронічних невиліковних захворювань, у паліативній та хоспісній медицині широко застосовуються допоміжні (ад'ювантні) лікарські засоби. Їх використання є невід'ємною складовою комплексної симптоматичної та підтримувальної терапії, спрямованої на підвищення якості життя пацієнтів.

До групи ад'ювантних препаратів зазвичай відносять лікарські засоби психотропної дії, протисудомні та протиблювотні препарати, медикаменти для корекції порушень функцій серцево-судинної системи та нирок, нормалізації біохімічних розладів, зокрема детоксикаційної функції печінки, лікування гематологічних порушень і проведення імунокорекції, терапії

інфекційних ускладнень, диспепсичних розладів, виразкових уражень шкіри та слизових оболонок, геморагічного синдрому, зменшення проявів остеопорозу та гіперкальціємії, корекції кахексії та загальних порушень білкового обміну. Крім того, до ад'ювантної терапії належать засоби симптоматичного лікування набряків, лімфедеми, патологічних випотів у серозні порожнини, а також компресійних церебральних і медіастинальних ускладнень, що виникають унаслідок пухлинного росту.

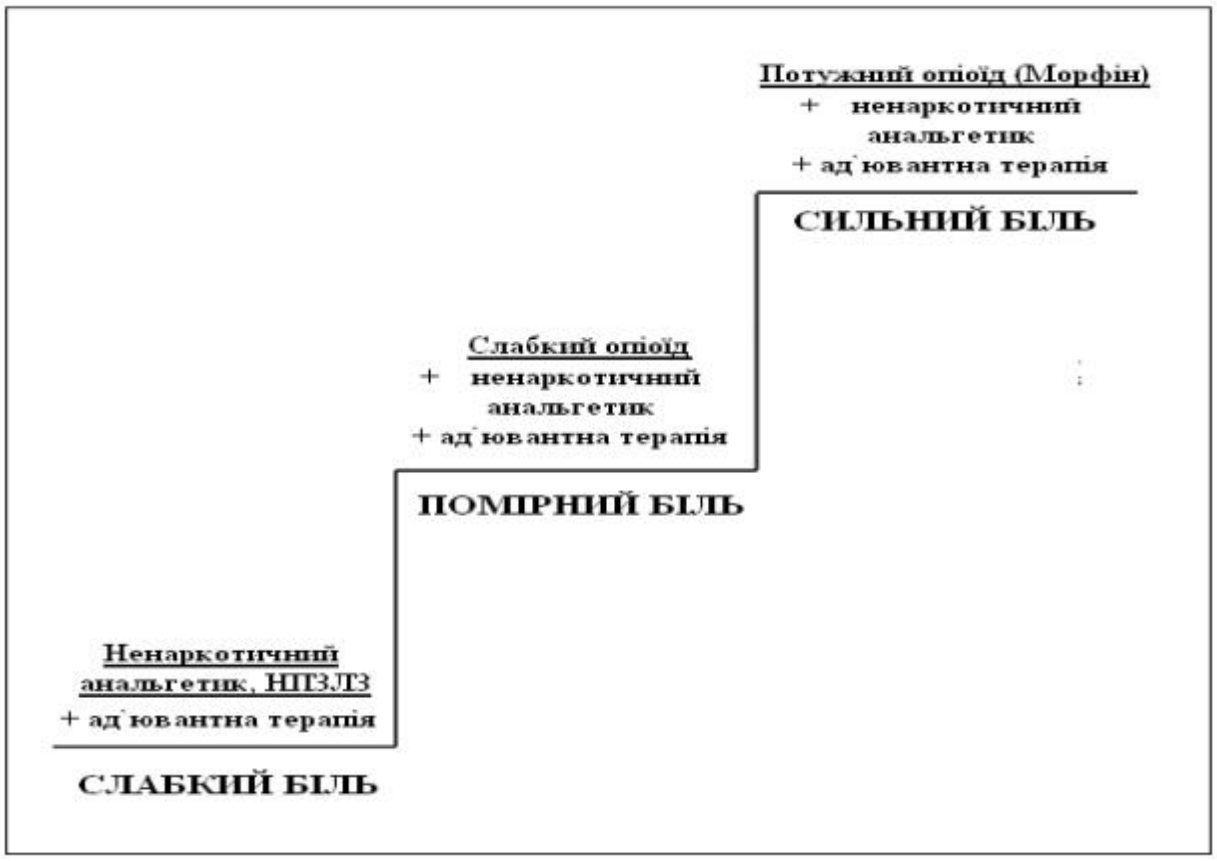


Рис.4.5. Триступенева схема «сходинок» ВООЗ фармакологічного знеболення в паліативній медицині
Джерело зображення: https://health-ua.com/onkologiya-i-gematologiya/dopomizna-terapiia/

Окремі ад'ювантні лікарські засоби нейро- та психотропної дії здатні потенціювати аналгетичний ефект препаратів з переважно знеболювальною дією, розширювати спектр їх терапевтичного впливу або проявляти власну аналгетичну активність, зокрема при ноцицептивному та нейропатичному болю. До таких засобів належать антиконвульсанти, трициклічні антидепресанти, бензодіазепіни, антигістамінні препарати, а також агоністи α_2 -адренорецепторів.

Особливого клінічного значення застосування ад'ювантних лікарських засобів набуває у випадках інтенсивного, резистентного до стандартної аналгетичної терапії нейропатичного болю. У таких клінічних ситуаціях рекомендується комбіноване застосування таких груп препаратів:

1. опіоїдних анальгетиків;
2. глюкокортикостероїдів;
3. ад'ювантних лікарських засобів, до яких належать антидепресанти, протисудомні препарати, анксіолітики, нейролептики, снодійні та седативні засоби, антигістамінні препарати, місцеві анестетики, а також агоністи центральних α-адренорецепторів.

Однією з провідних причин вираженого та нестерпного больового синдрому у онкологічних пацієнтів є метастатичне ураження кісткової тканини, що супроводжується активацією остеокластичної резорбції, розвитком гіперкальціємії та виникненням патологічних переломів. З метою пригнічення патологічних процесів у кістковій тканині та відповідного зменшення інтенсивності больового синдрому в паліативній допомозі застосовують препарати групи бісфосфонатів і кальцитоніну, які є інгібіторами остеокластичної активності. Аналгетичний ефект бісфосфонатів зумовлений зниженням остеокластичної резорбції та корекцією гіперкальціємії і має клінічне підтвердження при лікуванні кісткового болю, асоційованого з метастазами раку молочної залози та передміхурової залози.

РОЗДІЛ 5
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ. ВПРОВАДЖЕННЯ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА ЯК ОСНОВА ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. СКРИНІНГОВІ ПРОГРАМИ ОБСТЕЖЕННЯ. СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ, КОНТРОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОСНОВНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРИНЦИПИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ЗА К. ГУТЕНБРУННЕРОМ

5.1. ПОНЯТТЯ ПРО ЗДОРОВ'Я, ПРОМІЖНИЙ СТАН, ХВОРОБУ. ФУНКЦІОНАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ. ВМІННЯ ВИЗНАЧАТИ СТАН ЗДОРОВ'Я, СКЛАДАТИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПАСПОРТ ЗДОРОВ'Я

Основним пріоритетом діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини є **профілактична робота**, спрямована на зменшення захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування здорового способу життя та реалізації індивідуальних профілактичних заходів. Відповідно до стандартів Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA), сімейний лікар забезпечує **комплексну медичну допомогу**, що включає профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію, диспансерне спостереження та паліативну підтримку, незалежно від віку, статі чи національності пацієнта, з гарантією безперервності медичного супроводу протягом визначеного часу.

Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад.

Рівновага людини з навколишнім світом – це насамперед її комфортне самопочуття у ньому. Такий стан передбачає сприятливе поєднання умов життя як природних (температура повітря, атмосферний тиск та інші фізичні параметри), так і соціальних (культура, побут, суспільно-виробничі відносини).

Внутрішня рівновага організму людини – це збалансованість систем: серцево-судинної, дихальної, нервової, гуморальної та інших. Внутрішня гармонія передбачає стан психічної зрівноваженості та духовної цілісності особистості. Аспекти здоров'я наведено на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Аспекти здоров'я
Джерело зображення: http://dlse.multycourse.com.ua/ua/page/19/114

Духовний аспект здоров'я передбачає усвідомлення цілісності особистості, визначення сенсу життя та гармонійності індивіда як у саморозвитку, так і у взаємодії з соціальним оточенням. До ключових характеристик духовного здоров'я належать здатність до співпереживання та емпатії, добросовісність, доброзичливість, порядність і толерантність.

Психологічний аспект здоров'я визначається як збалансованість психічних процесів і їхніх проявів, тобто здатність особистості ефективно самоконтролюватися у умовах високого рівня життєвих навантажень, забезпечуючи емоційний комфорт у суспільстві та внутрішнє психологічне благополуччя.

Фізичний аспект здоров'я характеризується оптимальним функціонуванням усіх систем організму (серцево-судинної, дихальної, м'язової тощо) без суттєвих відхилень, а також високим рівнем фізичної витривалості, працездатності та умінням ефективно володіти тілом.

Інтелектуальне здоров'я охоплює нормальну функціональну та структурну організацію інтелекту, яка проявляється у здатності ефективно вирішувати завдання вербально-логічного та алгоритмічно-логічного характеру у взаємодії з навколишнім середовищем.

Емоційне здоров'я визначається здатністю регулювати власні емоційні переживання, а *психічне здоров'я* – за показниками ставлення особистості до себе, соціального оточення та життєвих потреб.

Соціальне здоров'я проявляється у повазі до духовних цінностей сім'ї, нації та людства загалом.

Здоров'я особистості включає процеси самовдосконалення та саморозвитку, адекватну самооцінку, свободу вибору та здатність реалізовувати власну індивідуальність.

Чинники, що визначають здоров'я:

• спадковість — 20%;

• рівень медицини – 10%;

• екологія – 20%;

• спосіб життя – 50%.

Фактори, що зміцнюють і ослаблюють здоров'я

Фактори, що сприяють зміцненню здоров'я: висока фізична активність; дотримання режиму дня; збалансоване та раціональне харчування; загартовування; контакт із природним середовищем; соціальна взаємодія з однолітками та друзями; дотримання правил особистої гігієни; внутрішня психологічна рівновага та стабільний емоційний стан.

Фактори, що негативно впливають на здоров'я: вживання алкоголю; тютюнопаління; вживання психоактивних речовин; надмірне споживання їжі; пасивне проведення часу, зокрема надмірний перегляд телевізійних програм; зниження рухової активності; хаотичний режим дня; порушення санітарно-гігієнічних умов.

Хвороба визначається як порушення життєдіяльності організму під дією шкідливих чинників зовнішнього або внутрішнього середовища, що супроводжується зниженням адаптаційних можливостей і мобілізацією захисних механізмів організму.

Захворюваність – це сукупність випадків вперше виявлених захворювань протягом календарного року.

Поширеність захворювань – це загальна кількість зареєстрованих випадків захворювань протягом року, включно з новими та раніше діагностованими випадками.

Проміжний стан здоров'я («третій стан») – передхвороба. Здоров'я та хвороба є двома полярними станами організму, однак існує проміжний стан – «третій стан», який виступає передумовою до розвитку патології. Значна частина населення перебуває в цьому стані, який виникає під впливом

сукупності негативних факторів фізичного, хімічного, біологічного та психосоціального характеру. Він проявляється загальними симптомами, такими як неврастенія, зниження апетиту, підвищена дратівливість, головний біль, сухість шкіри тощо, що сигналізують про підвищений ризик формування захворювань.

Визначення рівня здоров'я

1. *Гарвардський степ-тест.* Тест передбачає сходження (піднімання) на сходинку: для чоловіків висота 50 см, для жінок - 43 см при частоті 30 за 1 хв. (темп метронома встановлюється на 120 уд./хв. тривалістю 5 хв.). Кожне піднімання складається з чотирьох кроків. Після закінчення роботи в обстежуваного у положенні сидячи підраховується ЧСС у перші 30 с на 2-й, 3-й і 4-й хвилині відновлення. Обчислення індексу Гарвардського степ-тесту за формулою: де t - час сходження в с; П1, П2, П3, - частота пульсу на 2-й, 3-й і 4-й хвилинах відновного періоду. Фізична працездатність за індексом Гарвардського степ-тесту оцінюється за шкалою:

Кількість балів	Оцінка
55	низька
55-56	нижча середньої
65-79	середня
80-89	добра
90	відмінна

II. *Проба Руф'є* – непрямий метод визначення фізичної працездатності осіб з відхиленням у стані здоров'я.

Метод (див. рис. 5.2) ґрунтується на врахуванні величини пульсу, зафіксованого на різних етапах відновлення після відносно невеликого навантаження. Використовується 30 присідань за 45 с або 3-хвилинний степ-тест. Пульс визначається після 5 хвилин відпочинку в положенні лежачи (сидячи) за 15 с до навантаження, в перші й останні 15 с - на першій хвилині відновлення. Для оцінки працездатності визначають індекс *Руф'є= (4 х (П1 + П2 + П3) - 200)/10,де П1 - вихідний пульс, П2 - пульс після навантаження, П3 - в кінці 1-ї хвилини відновлення*. Якщо індекс Руф'є менший 3 - фізична працездатність висока, 4-5 добра, 7-10 - середня, 10-15 - задовільна, 15 і більше - незадовільна.

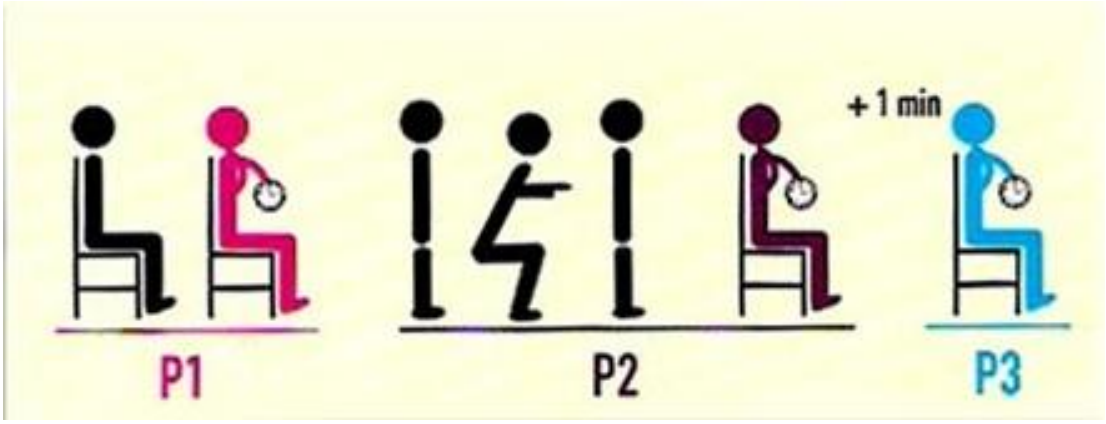


Рис. 3.2. Методика проведення прби Руф'є
Джерело зображення: https://doctorguides.com.ua/blog/ua/indeks-rufe

III. *Масовий тест оцінки фізичного стану осіб різного віку.* Запропонований тест оцінки розроблений О.А.Пироговою, Л.Я. Іващенко, Н.П. Страпко та ін. (1984).

Тест дозволяє оцінити фізичний стан у балах. Він містить 7 показників.

- Характер трудової діяльності. Розумова праця оцінюється в 1 бал, фізична - в 3 бали.

- Вік. У 20 років нараховуються 20 балів. За кожні наступні п'ять років життя віднімаються 2 бали. Наприклад, у 45 років нараховуються 10 балів.

- Рухова активність. Заняття фізичними вправами 3 і більше разів на тиждень протягом 30 хв. і більше оцінюється 10 балами, менше 3 разів на тиждень - 5 балів, хто не займається - бали не нараховуються.

- Маса тіла. Особи, які мають нормальну масу тіла, отримують 10 балів (перевищення маси на 8% вище норми). Перевищення маси на 6-14 кг вище норми оцінюється в 6 балів, на 15 кг і більше - 0 балів.

- Пульс у спокої. За кожний удар пульсу нижче 90 за 1 хв. нараховується 1 бал. Оцінюється в балах різниця між цифрою до і вихідними показниками в спокої. При пульсі вище за 90 ударів на хвилину бали не нараховуються.

- Артеріальний тиск. Особи, в яких артеріальний тиск не більший 130/80 мм рт.ст., отримують 20 балів. За кожні 10 мм рт.ст. систолічного й діастолічного тиску вище цієї величини нараховується 5 балів.

- Скарги. При відсутності скарг нараховується 5 балів, а при їх наявності бали не нараховуються.

Медико-соціальний паспорт здоров’я

Окрім традиційних документів, таких як паспорт громадянина, закордонний паспорт та водійські права, в Європейському Союзі

розглядається впровадження **паспорта здоров'я**. Наразі він не затверджений і перебуває на стадії обговорення. Українська влада вже заявила, що у разі прийняття відповідного документа в країнах ЄС його запровадження буде обов'язковим і для громадян України.

Паспорт здоров'я має на меті відображати інформацію щодо наявності або відсутності інфекційних захворювань, зокрема коронавірусу, або підтвердження імунітету до нього. На даний час у багатьох країнах для мінімізації ризику інфекційного поширення у громадських місцях застосовується термометрія. Однак цей метод не є надійним, оскільки симптоми вірусу можуть тривалий час не проявлятися.

В Україні вже існує система паспорта здоров'я, проте вона має іншу структуру і передбачає внесення медичними працівниками таких даних:

Діагностичний етап:

- Вимірювання антропометричних параметрів (зріст, вага, об'єм талії) з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ) та артеріального тиску.
- Первинний прийом лікаря-терапевта.

Лабораторна діагностика:

- Загальний аналіз крові та сечі, визначення загального білка, креатиніну, сечової кислоти, загального холестерину, ЛПВЩ- та ЛПНЩ-холестерину, тригліцеридів, глюкози, білірубіну загального та прямого, АСТ, АЛТ, ГГТ, лужної фосфатази, коагулограми, заліза крові, ТТГ.

Інструментальна діагностика:

- Оглядова рентгенографія органів грудної клітки (за показаннями або при відсутності флюорографії протягом останніх двох років).
- Експрес-оцінка функції серця за допомогою ЕКГ (Кардіовізор).
- Скринінгова оцінка функціональних та адаптивних резервів організму (Інтера-Діакор).
- Комплексна оцінка функцій дихальної системи (комп'ютеризована спірометрія).
- Ультразвукова діагностика гепатобіліарної системи, нирок та щитоподібної залози.
- Вимірювання гостроти зору.

Заключний етап:

- Профілактичний огляд стоматолога.
- Повторний прийом лікаря-терапевта за результатами проведених обстежень.

5.2. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ УКРІПЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я. ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В КОНТЕКСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ХНІЗ)

Здоров'я є багатоплановим поняттям, що охоплює не лише відсутність захворювань, але й високий рівень адаптації організму до зовнішнього середовища, загальне благополуччя, психологічний комфорт та толерантні соціальні взаємини. Сучасна концепція здоров'я виділяє такі його складові: духовне, соціальне, психологічне, інтелектуальне, емоційне, фізичне та особистісне. Усі аспекти здоров'я мають однакову значущість і повинні розглядатися у взаємозв'язку.

Фізичне здоров'я визначається як стан організму, при якому показники функціонування основних систем перебувають у межах фізіологічної норми та адекватно змінюються відповідно до взаємодії з навколишнім середовищем.

Інтелектуальне здоров'я охоплює норму структурно-функціонального потенціалу інтелекту, що проявляється у здатності ефективно вирішувати завдання вербально-логічної та логіко-алгоритмічної взаємодії з оточуючим середовищем.

Емоційне здоров'я передбачає вміння керувати власними емоційними станами, тоді як **психічне здоров'я** оцінюється за показниками ставлення до себе, оточуючих та життєвих потреб.

Соціальне здоров'я характеризується повагою до духовних цінностей сім'ї, народу та людства загалом.

Особистісне здоров'я проявляється у процесах самовдосконалення та саморозвитку, формуванні адекватної самооцінки та здатності реалізовувати себе як особистість.

Однією з ключових функцій лікарів загальної практики – сімейної медицини є **лікувально-профілактична діяльність**, спрямована на підтримку здоров'я сім'ї, профілактику та лікування тяжких і хронічних захворювань, запобігання рецидивам та покращення стану пацієнтів із тривалими патологічними процесами. Лікарі здійснюють систематичне спостереження певних груп сімей, надають медичну допомогу та консультації при виникненні проблем зі здоров'ям, а також повинні володіти високим рівнем компетентності у ранній діагностиці та аналізі симптомів.

Профілактична спрямованість є основоположним принципом сімейної медицини. Прогнозування розвитку захворювань, доклінічна

діагностика, своєчасне інформування пацієнтів та впровадження профілактичних заходів складають основу щоденної практики сімейного лікаря. Під прогнозуванням і раннім розпізнаванням розуміють виявлення початкових стадій захворювань та аномалій розвитку, що піддаються ефективній профілактиці та лікуванню.

Умови, що забезпечують ефективність профілактичних заходів

Ефективне проведення профілактичних заходів із широким охопленням населення можливе лише за умови активної та синхронної участі державних інституцій, медичних працівників, засобів масової інформації та самих громадян. Недотримання цієї умови призводить до зниження ефективності профілактики, перетворюючи її на фрагментарну та неструктуровану діяльність.

Основною причиною низької ефективності профілактичних програм є недостатнє фінансування профілактичної роботи. Адекватне фінансування є необхідною умовою реалізації ефективних заходів щодо попередження хронічних неінфекційних захворювань. Важливо зазначити, що фінансування профілактики та зміцнення здоров'я населення не може здійснюватися виключно за рахунок бюджетних видатків охорони здоров'я, які переважно спрямовані на діагностику та лікування захворювань.

Часткове вирішення цієї проблеми можливе при переході системи охорони здоров'я на страхову модель, оскільки збільшення фінансування профілактичних заходів здатне зменшити витрати на лікування. Джерелами фінансування можуть бути державні та приватні інвестиції, страхові фонди, бізнес-структури, а також ресурси громадських і міжнародних організацій. Як демонструє досвід США, Австралії та Фінляндії, додатковим механізмом фінансування може бути цільове відрахування коштів від акцизних зборів на тютюнові вироби та алкогольну продукцію.

Найбільш ефективним методом фінансування профілактики хронічних неінфекційних захворювань є цільове фінансування відповідних програм та проектів. Такий підхід дозволяє оцінити досягнуті результати та економічну доцільність вкладених коштів, що особливо актуально в умовах обмеженого фінансування, і сприяє подальшому спрямуванню ресурсів лише на ефективні та пріоритетні напрями.

Прикладом комплексного підходу до профілактики хронічних неінфекційних захворювань та зміцнення здоров'я населення є програма ВООЗ **CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention)**, стратегія якої базується на принципах:

- зниження індивідуального ризику (цей підхід спрямований на осіб з високим ризиком і передбачає формування здорового способу життя);
- зниження ризику в масштабах всього населення (цей підхід спрямований на соціальні детермінанти здоров'я і орієнтований на покращання соціально-економічних умов життя та забезпечення доступності і якості медичної допомоги);
- ефективне використання медико-санітарних служб (цей підхід спрямований на забезпечення більш широких можливостей системи первинної медико-санітарної допомоги);
- надання реальних можливостей і умов для збереження і зміцнення здоров'я через партнерство і міжсекторальне співробітництво (цей підхід спрямований на мобілізацію ресурсів та сприяння розробці політики і програм зміцнення здоров'я).

Сімейні лікарі відіграють ключову роль у реалізації профілактичних заходів. Їхня основна функція полягає не лише в лікуванні пацієнтів, а насамперед у попередженні захворювань та підтриманні оптимального стану здоров’я. Сімейні лікарі повинні виступати центральною фігурою у впровадженні оздоровчих та профілактичних програм, а також формувати у пацієнтів усвідомлене ставлення до необхідності дотримання профілактичних рекомендацій.

До основних засобів медичної профілактики належать:

- популяризація здорового способу життя;
- організація та проведення профілактичних щеплень;
- систематичні та цільові медичні огляди;
- постійне медичне спостереження сімейним лікарем;
- гігієнічне та санітарне виховання населення.

Особлива увага має приділятися первинній профілактиці, оскільки запобігання захворюванню є значно ефективнішим і простішим, ніж його лікування.

Здоровий спосіб життя розглядається як усвідомлена та мотивована діяльність людини, спрямована на запобігання порушенням адаптаційних процесів шляхом:

- мінімізації або усунення впливу шкідливих факторів навколишнього середовища;
- підвищення специфічної та неспецифічної резистентності організму.

Здоровий спосіб життя являє собою активну поведінкову та практичну діяльність, спрямовану на підтримку, збереження та зміцнення фізичного,

психічного та соціального здоров'я. Його формування та розвиток відбуваються протягом усього життя людини у цілеспрямованому і безперервному процесі.

Профілактичний медичний огляд наведено на рис. 5.3.



Рис. 5.3. Профілактичний медичний огляд

Джерело зображення: https://phc.org.ua/news/obovyazkovi-profilaktichni-

Основна мета здорового способу життя:

❖ Біологічна

- Збереження (підвищення) рівню індивідуального здоров'я;
- Подовження тривалості біологічного життя;
- Забезпечити репродуктивну функцію;
- Подовжити фізично активне життя на максимально можливий термін.

❖ Соціальна

- Зберегти (підвищити) рівень працездатності;
- Подовжити повноцінне та активне соціальне життя;
- Виховання фізично, психічно та морально повноцінне покоління людей у соціумі;
- Подовжити психічно та інтелектуально активне життя на максимально можливий термін.

В основі здорового способу життя лежать такі принципи:

- раціональне харчування;
- оптимальний руховий режим;
- загартування організму;

- особиста гігієна;
- відсутність шкідливих звичок;
- позитивні емоції;
- інтелектуальний розвиток;
- моральний і духовний розвиток;
- формування розвиток вольових якостей.

Складові здоровго способу життя наведено на рис. нижче.



Рис. 5.4. Складові здоровго способу життя
Джерело зображення: https://phc.org.ua/news/zdoroviy-sposib-zhittya

Основні напрями формування здорового способу життя:

І. Мінімізація або усунення впливу шкідливих факторів довкілля шляхом дотримання гігієнічних норм, правил та стандартів:

- соціальна, екологічна та санітарна активність;
- раціональна організація житлового та робочого середовища;
- збалансоване харчування та контроль водоспоживання;
- дотримання особистої гігієни;
- відмова від шкідливих звичок та речовин (алкоголь, тютюн, наркотики, токсичні речовини, неправильне застосування лікарських препаратів);
- корекція негативних поведінкових факторів (гіподинамія, переїдання, порушення режиму праці та харчування, надмірне використання комп'ютерної техніки та електромагнітних джерел);
- підтримка позитивного психоемоційного клімату у всіх соціальних оточеннях;
- медична активність населення, включно з профілактичними оглядами та донозологічною діагностикою.

II. Підвищення функціональних резервів організму за рахунок систематичного фізичного тренування:

- рухова та м’язова активність;
- загартування організму впливом факторів довкілля.

III. Підвищення резистентності організму спеціальними методами:

- використання вітамінних препаратів, адаптогенів, антиоксидантів та інших біологічно активних речовин;
- психофізичні оздоровчі методики (йога, фітнес, лікувальна гімнастика);
- специфічні тренувальні та оздоровчі технології (гипербарична оксигенація, гіпоксичні тренування тощо).

5.3. ОСВІТА ПАЦІЄНТІВ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Якість життя розглядається як характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування особистості, що базується на її суб’єктивному сприйнятті. У медичній сфері якість життя переважно оцінюється через стан здоров’я, що обґрунтовує використання терміну «якість життя, пов’язана зі здоров’ям» (англ. *health-related quality of life*, HRQoL). Це поняття відображає рівень благополуччя та задоволення тими аспектами життя, на які впливає хвороба, її лікування або нещасні випадки.

У сучасній медицині якість життя пацієнта розглядається як інтегральна характеристика його стану, що включає фізичний, психологічний та соціальний компоненти. Кожен із компонентів охоплює низку складових:

- **Фізичний компонент** — симптоми захворювання, здатність до фізичної активності, можливість самообслуговування;
- **Психологічний компонент** — тривога, депресивні стани, емоційні та поведінкові реакції;
- **Соціальний компонент** — рівень соціальної підтримки, участь у трудовій діяльності та громадському житті.

Системний аналіз усіх компонентів дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і груп населення, і виявити, який із компонентів потребує корекції для підвищення загального рівня добробуту — наприклад, шляхом модифікації лікування, надання соціальної підтримки або психологічної допомоги.

Хвороба може суттєво впливати на фізичний стан, психологію, поведінку, емоційні реакції та соціальну роль особи. Традиційна медична оцінка зазвичай зосереджена на фізикальних, лабораторних та

інструментальних даних, при цьому психологічні та емоційні наслідки захворювання часто залишаються поза увагою. Проте об'єктивне покращення клінічних показників не завжди корелює зі суб'єктивним самопочуттям пацієнта, що може формувати відчуття безсилля, зневіри у лікуванні та відмову від медичної допомоги. Тому безпосередня участь пацієнта у оцінці свого стану є критично важливою, адже лише він здатен надати достовірну інформацію про рівень задоволення різними аспектами життя, пов'язаними з його захворюванням та його наслідками.

Оцінка якості життя має значення не лише для визначення поточного стану пацієнта, але й для вибору оптимальної тактики лікування. У багатьох випадках головною метою терапії є не лише продовження життя, але й його покращення. Крім того, деякі методи лікування можуть не впливати на тривалість життя, проте суттєво покращувати його якість за рахунок зменшення симптомів захворювання, частоти ускладнень або госпіталізацій. Наприклад, у кардіології — це застосування серцевих глікозидів при серцевій недостатності та нітратів у пацієнтів зі стенокардією.

Взаємозв'язок між якістю лікування та якістю життя пацієнта є комплексним і багатовимірним. Логічно припустити, що більш ефективне лікування підвищує якість життя, проте ця закономірність спостерігається не завжди. Так, наприклад, у пацієнтів з артеріальною гіпертензією зниження артеріального тиску не обов'язково супроводжується покращенням суб'єктивного самопочуття. Це пояснюється тим, що підвищення артеріального тиску часто протікає без виражених симптомів, і пацієнт може відчувати себе задовільно навіть без медикаментозної терапії.

При оцінці впливу лікування на якість життя необхідно враховувати можливість розвитку побічних ефектів лікарських засобів, які можуть провокувати появу нових симптомів і, в окремих випадках, погіршувати якість життя. Крім того, сам факт необхідності постійного прийому препаратів може негативно сприйматися пацієнтом, створюючи психологічний дискомфорт. Деякі дослідження свідчать, що якість життя є чинником, що визначає комплаєнс, тобто готовність хворого дотримуватися призначеної терапії. Таким чином, лікування може спричиняти як позитивні, так і негативні зміни у показниках якості життя. У сучасних дослідженнях окрім впливу терапії на перебіг хвороби та прогноз оцінюють зміни якості життя як один із ключових критеріїв ефективності лікування.

Поняття «якість життя» широко застосовується у фармакоекономічних дослідженнях, зокрема у контексті аналізу «вартість / користь» (cost-utility

analysis), де воно виступає основним показником ефективності терапії. Це дозволяє інтегрувати очікувану тривалість життя та його якість, а також порівнювати економічну ефективність лікування різних захворювань, перебіг яких оцінюється за різними клінічними показниками. Для цього використовується одиниця QALY (Quality-Adjusted Life Years). Використання цього підходу надає важливу інформацію для порівняння ефективності різних методик лікування, розробки нових терапевтичних стратегій та планування фінансування охорони здоров'я на національному рівні.

Отже, вивчення якості життя застосовується:

— для всеохоплюючого обстеження пацієнта з урахуванням власного, суб'єктивного визначення свого стану;

— оцінки ефективності препаратів та методів лікування в клінічній практиці і наукових дослідженнях, визначення рівня довіри та прихильності хворого до призначеного лікування;

— встановлення психологічних проблем та соціального статусу у хворих у системі загальної практики;

— визначення прогнозу захворювання та профілактичної корекції факторів ризику, підбору реабілітаційних заходів та при проведенні медико-соціальної експертизи;

— аналізу співвідношення витрат і ефективності медичної допомоги, в медичному аудиті.

Методи оцінки якості життя

Основним інструментом кількісної оцінки якості життя є стандартизовані опитувальники. Усі опитувальники, що використовуються на сучасному етапі, можуть бути класифіковані за низкою критеріїв, зокрема за рівнем специфічності, обсягом, структурою та методами аналізу результатів, типом респондента, а також способом отримання інформації.

Залежно від специфічності опитувальники поділяють на загальні та специфічні. Загальні опитувальники призначені для оцінювання якості життя як у здорових осіб, так і в пацієнтів із різними захворюваннями. Вони охоплюють широкий спектр універсальних показників, спільних для багатьох нозологій, зокрема обмеження фізичної активності, наявність і вираженість больового синдрому тощо. Такі інструменти широко застосовуються для

порівняльного аналізу якості життя хворих із показниками загальної популяції здорових людей.

До найбільш поширених загальних опитувальників належать Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36), EuroQoL-5D. Як типовий приклад загального опитувальника можна навести Nottingham Health Profile. Він складається з шести основних розділів, що відображають такі компоненти якості життя, як біль, фізична активність, сон, емоційний стан, рівень енергійності та соціальна ізоляція. Крім того, опитувальник містить додаткові розділи, спрямовані на оцінку впливу стану здоров'я на трудову діяльність, ведення домашнього господарства, міжособистісні взаємини, особисте та статеве життя, дозвілля й активний відпочинок. Анкетування проводиться шляхом самостійного заповнення пацієнтом і потребує близько 10 хвилин.

Основним обмеженням загальних опитувальників є їхня недостатня здатність відображати специфічні симптоми та зміни якості життя, характерні для окремих захворювань. У зв'язку з цим вони мають обмежену чутливість при застосуванні до конкретних нозологічних форм. Окрім того, на результати дослідження можуть впливати чинники, не пов'язані безпосередньо з перебігом досліджуваного захворювання.

Саме тому для вивчення якості життя при конкретних нозологічних одиницях використовують ***специфічні опитувальники*** . Вони можуть містити характерні для певного захворювання чи групи захворювань запитання або ж оцінюють якусь одну категорію якості життя. Для хворих специфічні опитувальники більш зрозумілі, вони зазвичай коротші, надійність їх результатів вища, що доведено низкою досліджень. Специфічні опитувальники більш прийнятні для оцінки впливу лікування на якість життя.

На сьогодні розроблено стандартизовані опитувальники для більшості поширених захворювань. Кожен із них відрізняється обсягом досліджуваних показників, тривалістю заповнення, форматом проведення, методами кількісної оцінки параметрів якості життя, а також іншими методологічними характеристиками. Так, при серцево-судинних захворюваннях для оцінки якості життя пацієнтів зі стенокардією найбільш інформативним вважається Seattle Angina Questionnaire (SAQ), при інфаркті міокарда широко

застосовуються MacNew Heart Disease Questionnaire та MIDAS, а при порушеннях серцевого ритму — опитувальник Aquarel. Найбільшу кількість спеціалізованих опитувальників розроблено для оцінювання якості життя хворих на серцеву недостатність, серед яких найбільш інформативними є Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, Kansas City Questionnaire, Chronic Heart Failure Questionnaire та Severe Heart Failure Questionnaire.

Окрім цього, існує низка спеціальних опитувальників, спрямованих на вивчення окремих складових якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Зокрема, для оцінки психологічного статусу застосовуються Psychological General Well-Being Index та Profile of Mood States, тоді як для дослідження когнітивних функцій використовують Digit Span Test, Trail Making Test та інші методики.

Залежно від обсягу розрізняють **повні та скорочені форми опитувальників**. **Повні форми** забезпечують комплексну та детальну оцінку всіх аспектів якості життя з максимальною диференціацією її компонентів, що дає змогу враховувати вплив широкого спектра чинників, пов'язаних як зі станом здоров'я, так і з іншими сторонами життєдіяльності. Вони також дозволяють більш точно простежувати динаміку показників якості життя в кожному окремому клінічному випадку. Водночас використання повних форм супроводжується збільшенням обсягу анкетування, що потребує значних часових затрат і підвищеної уваги з боку як пацієнтів, так і дослідників під час обробки результатів.

Скорочені форми опитувальників є похідними від повних і характеризуються суттєвим зменшенням часу заповнення, а також кращою сприйнятливістю для респондентів. Такі інструменти широко застосовуються у великих епідеміологічних дослідженнях, де здійснюється узагальнена оцінка показників якості життя без індивідуалізованого підходу.

Приклади птань з опитувальника Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire наведено на рис. 5.5.

MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE® QUESTIONNAIRE

The following questions ask how much your heart failure (heart condition) affected your life during the past month (4 weeks). After each question, circle the 0, 1, 2, 3, 4 or 5 to show how much your life was affected. If a question does not apply to you, circle the 0 after that question.

Did your heart failure prevent you from living as you wanted during the past month (4 weeks) by -	No	Very Little				Very Much
1. causing swelling in your ankles or legs?	0	1	2	3	4	5
2. making you sit or lie down to rest during the day?	0	1	2	3	4	5
3. making your walking about or climbing stairs difficult?	0	1	2	3	4	5
4. making your working around the house or yard difficult?	0	1	2	3	4	5
5. making your going places away from home difficult?	0	1	2	3	4	5
6. making your sleeping well at night difficult?	0	1	2	3	4	5
7. making your relating to or doing things with your friends or family difficult?	0	1	2	3	4	5
8. making your working to earn a living difficult?	0	1	2	3	4	5
9. making your recreational pastimes, sports or hobbies difficult?	0	1	2	3	4	5
10. making your sexual activities difficult?	0	1	2	3	4	5
11. making you eat less of the foods you like?	0	1	2	3	4	5
12. making you short of breath?	0	1	2	3	4	5
13. making you tired, fatigued, or low on energy?	0	1	2	3	4	5
14. making you stay in a hospital?	0	1	2	3	4	5
15. costing you money for medical care?	0	1	2	3	4	5
16. giving you side effects from treatments?	0	1	2	3	4	5
17. making you feel you are a burden to your family or friends?	0	1	2	3	4	5
18. making you feel a loss of self-control in your life?	0	1	2	3	4	5
19. making you worry?	0	1	2	3	4	5
20. making it difficult for you to concentrate or remember things?	0	1	2	3	4	5
21. making you feel depressed?	0	1	2	3	4	5

Рис. 5.5. Приклади птань з опитувальника
Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
Джерело зображення: https://www.apteka.ua/article/262218

За технічною побудовою і способом підрахунку результатів розрізняють ***індекси*** (дозволяють відобразити стан якості життя в числовому еквіваленті), ***шкали*** (кожна окрема складова якості життя оцінюється переважно за допомогою візуальної аналогії) та ***профілі*** (оцінка кожного компоненту якості життя проводиться окремо, застосовується диференційований підхід до всіх параметрів, у підсумку отримуються кілька числових характеристик).

З методологічної точки зору оцінка якості життя різниться залежно від способу отримання інформації. Опитувальники можуть заповнюватися в процесі інтерв'ювання при безпосередньому контакті з пацієнтом або

дистанційно, зокрема за допомогою телефонного зв'язку, а також шляхом самостійного заповнення респондентом після надання відповідних інструкцій. Упродовж останніх років у практиці оцінювання якості життя дедалі ширшого застосування набувають інформаційно-комунікаційні технології. Залучення респондентів через мережу Інтернет, заповнення анкет на спеціалізованих онлайн-платформах, а також розсилання й отримання опитувальників електронною поштою стають все більш поширеними, попри наявність певних методичних обмежень і недоліків.

Водночас джерелом інформації при заповненні опитувальників може бути не лише сам пацієнт. У окремих клінічних ситуаціях застосовують опитування лікарів, родичів або осіб, які здійснюють догляд. З огляду на те, що пацієнт, медичний працівник та близькі можуть по-різному сприймати й оцінювати рівень якості життя, такий підхід дозволяє здійснити комплексну оцінку проблеми з різних позицій і частково мінімізувати суб'єктивність результатів. Крім того, використання альтернативних респондентів є виправданим у випадках, коли пацієнт з об'єктивних причин не здатний самостійно надати відповіді на запитання опитувальника.

Для того щоб опитувальник був придатним для практичного застосування, він повинен характеризуватися такими ознаками:

1. Охоплення (coverage). Передбачає висвітлення даних про всі основні, важливі для будь-якої особи, сфери життєдіяльності — фізичної, психологічної, соціальної, духовної, фінансової тощо.

2. Надійність (reliability) — здатність опитувальника давати стабільно точні виміри. Оцінюється за відтворенням результатів при повторних дослідженнях.

3. Валідність (validity) — поняття, близьке до понять достовірності та придатності, але не зовсім тотожне їм. Воно визначає, наскільки ефективно певний тест або методика вимірюють ту чи іншу властивість. Надзвичайно важлива характеристика для опитувальників, яка відображає здатність достовірно оцінювати основну характеристику, яка ним визначається. Чим опитувальник валідніший, тим точніше дозволяє вивчати властивість, заради якої він створювався. Кількісно валідність може виражатись шляхом кореляції результатів даної методики з апробованими раніше методиками, які визначають таку ж або подібну властивість.

4. Відповідність, реактивність (responsiveness) — здатність опитувальника чутливо реагувати на будь-які зміни в якості життя і відображати динаміку цих зрушень. Передбачає побудову опитувальника

таким чином, щоб ступінь досліджуваних змін у якості життя під впливом тих чи інших чинників дійсно відповідав ступеню змін у стані здоров'я. Наприклад, якщо знеболення призводить до незначного зменшення болю. Реагувати на ці незначні зміни та відображати їх саме і повинен відповідний опитувальник, що оцінює рівень якості життя залежно від вираженості больового синдрому.

5. Чутливість (sensitivity) — здатність методу вловлювати найменші відхилення досліджуваних показників від певної норми чи стандарту.

Отже, якість життя визнана невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики, якості лікування та надання медичної допомоги.

Процес одужання багато в чому залежить від самого пацієнта. Проте дуже часто хворі звертаються до інтернет-спільноти, аби знайти відповідь на питання щодо дієти під час своєї хвороби, фізичної активності та інших рекомендацій. В той час як це обов'язок медперсоналу — пояснити пацієнту, як дбати про себе, аби полегшити протікання хвороби або й швидше одужати.

Порядок навчання пацієнта

Етап 1. Визначення освітніх потреб пацієнта. На початковому етапі медична сестра здійснює збір вихідної інформації шляхом опитування пацієнта. Метою є з’ясування рівня поінформованості пацієнта та членів його родини щодо захворювання, що дає змогу визначити обсяг і зміст необхідних освітніх втручань. Особливу увагу слід приділяти формуванню розуміння того, що набуті в процесі навчання знання та практичні навички сприятимуть покращенню якості життя пацієнта й профілактиці можливих ускладнень. Для підвищення мотивації до навчання доцільно акцентувати увагу на позитивних результатах та уникати необґрунтованих припущень, спираючись виключно на достовірну інформацію. Важливим компонентом є також оцінка ставлення пацієнта до власного захворювання, наявності страхів, тривожності чи емоційного напруження.

Етап 2. Планування навчального процесу. Планування навчання здійснюється у партнерстві з пацієнтом. На цьому етапі визначаються мета та завдання навчання з урахуванням фізичного, психоемоційного та соматичного стану хворого, а також його здатності виконувати запропоновані рекомендації. Ефективність навчання значною мірою залежить від коректно сформульованої, реалістичної та досяжної мети. Пацієнтові необхідно у доступній формі пояснити суть патологічних змін, пов’язаних із захворюванням, і роль навчання в покращенні стану здоров’я. Тривалість та

інтенсивність навчального процесу мають бути індивідуалізованими з огляду на особливості сприйняття й засвоєння інформації кожною людиною. Планування навчання передбачає:

– спільне формулювання мети та завдань разом із пацієнтом;

– урахування загального стану здоров'я хворого;

– використання даних, отриманих на попередньому етапі;

– визначення індивідуальної тривалості навчання;

– забезпечення постійної підтримки пацієнта;

– мотивацію шляхом підкреслення позитивного впливу навчання на перебіг захворювання та якість життя.

Етап 3. Реалізація навчального плану. Під час проведення навчання необхідно дотримуватися принципів етичності та пацієнтоорієнтованого підходу. Недопустимим є використання залякування або примусу з метою досягнення бажаного результату, а також наполягання на навчанні в разі неготовності пацієнта до сприйняття інформації. Важливим є правильний вибір часу для навчання, з урахуванням емоційного та фізичного стану пацієнта. У разі вираженого психологічного дискомфорту навчальний процес доцільно відкласти. Медична сестра повинна дотримуватися відкритості у спілкуванні з пацієнтом і надавати об'єктивну інформацію щодо прогнозу захворювання.

У процесі реалізації навчального плану рекомендується залучати додаткові інформаційні ресурси, зокрема професійну літературу, навчальні матеріали, інтернет-ресурси та клінічний досвід колег. Ефективність навчання забезпечується використанням таких стратегій, як налагодження ефективної комунікації, визначення пріоритетів, створення безпечного та сприятливого навчального середовища, надання вербальної й невербальної підтримки, а також застосування різноманітних методів і засобів навчання. Для контролю засвоєння матеріалу пацієнту доцільно пропонувати практичну демонстрацію набутих навичок. Регулярна оцінка досягнутого прогресу, позитивне підкріплення та заохочення сприяють підвищенню мотивації до подальшого навчання. Вибір методів навчання здійснюється медичною сестрою з урахуванням конкретної ситуації та умов, у яких відбувається навчальний процес (стаціонар, амбулаторія, домашні умови, навчальний або виробничий заклад).

Від методу залежить ***форма навчання***:

- лекція;
- демонстрація;

- ілюстрація;
- тренінг;
- дискусія, диспут (у групах);
- рольові ігри (у групах);
- індивідуальний інструктаж;
- груповий інструктаж.

Навчання пацієнтів у школі діабету наведено на рис 5.6.



Рис. 5.6. Навчання пацієнтів у школі діабету
Джерело зображення: https://zokb.org.ua/shkola-diabetu

Етап 4. Оцінити результати. Завершальний етап будь-якої роботи — оцінювання результатів. Проаналізуйте, чи досягнули ви поставленої мети та чи вдалося виконати всі завдання. На останньому етапі навчання необхідно визначити:

- як змінилася якість життя пацієнта і членів його родини;
- які навички здобув пацієнт і члени його родини;
- чи здатен пацієнт самостійно надавати собі допомогу;
- чи достатньо знань про захворювання має пацієнт і члени його родини.

5.4. ДОЦІЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ СКРИНІНГОВОГО МЕТОДА

Працююче населення становить щонайменше половину світової популяції та відіграє провідну роль в економічному й соціальному розвитку суспільства. Стан його здоров’я зумовлюється не лише впливом виробничих факторів ризику, але й соціальними та індивідуальними детермінантами, а

також рівнем доступності та якості медико-санітарної допомоги. Належна організація та якісне проведення профілактичних медичних оглядів у трудових колективах є ключовою передумовою збереження тривалої працездатності населення, розвитку трудового потенціалу та підвищення продуктивності праці.

В Україні функціонує нормативно-правова база, яка регламентує перелік обов'язкових профілактичних медичних обстежень, визначає список професійних захворювань, а також встановлює відповідні процедури й алгоритми дій щодо їх профілактики, раннього виявлення та контролю. Водночас у процесі реформування системи охорони здоров'я України передбачається посилення профілактичної спрямованості діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини, зокрема у сфері запобігання та контролю хронічних неінфекційних захворювань. Це, у свою чергу, зумовлює необхідність поглиблення міжсекторальної взаємодії між інститутами загальної лікарської практики/сімейної медицини та медицини праці.

Однією з ефективних форм профілактичної діяльності є впровадження скринінгових програм, що набуває особливої актуальності в практиці лікарів загальної практики – сімейної медицини, насамперед для раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань серед працюючого населення.

Скринінгові програми являють собою комплексні медичні обстеження, які включають клінічні консультації, лабораторні та інструментальні методи дослідження, спрямовані на ідентифікацію груп підвищеного ризику з метою подальшого профілактичного спостереження та своєчасного коригування стану здоров'я осіб, віднесених до цих груп.

Скринінг є важливим компонентом профілактики захворювань, яку поділяють на (WONKA, 2018):

- первинну — виявлення факторів ризику (ФР) і мотиваційне консультування, вакцинація;
- вторинну (скринінг) — раннє виявлення найчастіших прихованих захворювань у популяції з метою своєчасного лікування;
- третинну — менеджмент хронічної патології з метою запобігання ускладненням, а також продовження життя;
- четвертинну — захист пацієнта від гіпердіагностики і гіперлікування.

«Ефективний скринінг — це динамічний процес», а умовами для його успішного проведення є:

- скринінг >70% популяції;
- наявність відповідних ресурсів та інфраструктури;
- наявність прийнятного скринінгового методу;

- забезпечення діагностики і лікування виявлених під час скринінгу пацієнтів;
- оцінка результатів у динаміці.

План скринінгу на первинному рівні наведено у табл. 5.1.

Таблиця 5.1

План скринінгу на первинному рівні

Нозологія	Групи ризику (без обмеження за віком)	Вікові групи	Стать	Метод виявлення	Періодичність обстеження
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання	Підвищення АТ Тютюнопаління Надмірна маса тіла Абдомінальне ожиріння Цукровий діабет Обтяжений спадковий анамнез	≥40 років	ч ж	Шкала SCORE ІМ ОТ Глюкоза у крові натще Загальний холестерин	Кожні 2 роки При наявності ФР — щороку
Цукровий діабет	Надмірна маса тіла Абдомінальне ожиріння Обтяжений спадковий анамнез Гестаційний діабет	≥45 років <45 років — група ризику ССЗ	ч ж	Шкала SCORE ІМ ОТ Глюкоза у крові натще Загальний холестерин	1 раз в рік
Рак шийки матки	Ранній початок статевого життя Рання вагітність (<18 років) ≥4 вагітностей Активна сексуальна поведінка партнерів Венеричні хвороби в анамнезі	30–60 років	ж	Pap-тест	Кожні 5 років При наявності ФР — щороку
Колоректальний рак (КРР)	Літній вік Обтяжений спадковий анамнез за КРР Сімейний аденоматозний поліпоз Спадковий неполіпозний КРР Запальні захворювання кишечнику	50–74 років	ч ж	Аналіз калу на приховану кров	Кожні 2 роки За наявності ФР — щороку

	Аденоматозні поліпи				
Рак молочної залози (РМЗ)	Підтверджена мутація *BRCA-1* або *BRCA-2* Обтяжений спадковий анамнез (РМЗ у родичів 1–2-го ступеня спорідненості) Променева терапія ділянки грудної клітки в анамнезі Пізнє перше дітонародження (≥30 років) Безпліддя Пізня менопауза (≥55 років) Тривала гормонозамісна терапія менопаузи Постменопаузальне ожиріння Вживання алкоголю Тютюнопаління Малорухомий спосіб життя Фонові передракові захворювання	50–69 років За наявності ФР ≥40 років	ж	Мамографія	Кожні 2 роки
Рак передміхурової залози (РПЗ)	Низький ризик — ≥50 років Середній ризик — ≥45 років Темношкірі Обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича 1-го ступеня спорідненості у віці ≤65 років) Високий ризик — ≥40 років Обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів 1-го ступеня спорідненості у віці ≤65 років)		ч	ПСА	При ПСА <2,5 кожні 2 роки При ПСА ≥2,5 що

Примітка. Перелік скорочень, що використовуються у таблиці:
АТ — артеріальний тиск, ч — чоловіки, ж — жінки
ІМ — індекс маси, ОТ — окружність талії
ФР — фактор ризику, ССЗ — серцево-судинні захворювання
КРР — колоректальний рак, РМЗ — рак молочної залози
РПЗ — рак передміхурової залози, ПСА — простатспецифічний антиген
Pap-тест — тест за Папаніколау

5.5. ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЇХ ЗАГОСТРЕННЯ І УСКЛАДНЕННЯ

Фактори ризику - ендо- або екзогенний додатковий несприятливий вплив на організм, який підвищує ймовірність виникнення захворювання чи смерті.

Модифіковані фактори ризику – фактори ризику захворювання, які можна змінити шляхом корекції способу життя, усунення шкідливих факторів довкілля та звичок, раціоналізацізації харчування тощо.

Немодифіковані фактори ризику – скорегувати не можна (наприклад, спадковість).

Основні фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань такі:

- артеріальна гіпертензія;
- гіперхолестеринемія;
- тютюнопаління;
- збільшення маси тіла й ожиріння;
- зловживання алкоголем;
- недостатня фізична активність;

недостатнє споживання овочів і фруктів.

Фактори ризику — це чинники, що негативно впливають на стан здоров’я людини та підвищують імовірність виникнення й прогресування захворювань. Під фактором ризику розуміють певну ознаку або умову, яка статистично асоціюється з підвищеним ризиком розвитку захворювання в майбутньому. Водночас така ознака вважається фактором ризику доти, доки причинно-наслідковий механізм її впливу не є повністю з’ясованим і має імовірнісний характер.

Концепція факторів ризику є одним із фундаментальних положень сучасної профілактичної медицини та визначає основні напрями її розвитку. Саме поняття «чинники ризику» має епідеміологічне походження і сформувалося в результаті накопичення значного обсягу наукових даних, отриманих у ході спеціалізованих епідеміологічних досліджень. Такі дослідження проводяться на різних групах населення — як організованих (працівники підприємств, установ, організацій), так і неорганізованих (мешканці окремих територій, міст або регіонів), із використанням стандартизованих методів збору інформації, зокрема уніфікованих анкет, клінічних оглядів, а також регламентованих інструментальних і лабораторних

методів дослідження (електрокардіографічних, рентгенологічних, біохімічних). Оцінка отриманих результатів здійснюється за допомогою єдиних критеріїв і сучасних методів математично-статистичного аналізу.

До факторів ризику відносять ті чинники, які асоціюються з підвищеною частотою виникнення певних захворювань. Профілактичні заходи, спрямовані на контроль і модифікацію таких чинників, мають на меті зменшення захворюваності, зниження тяжкості перебігу патологічних процесів або їх запобігання. З огляду на значення для організації профілактичної роботи доцільно виокремлювати дві основні групи факторів ризику.

До **першої групи** належать соціально-культурні чинники ризику, серед яких виділяють малорухомий спосіб життя, у тому числі в позаробочий час, високий рівень психоемоційного навантаження, пов'язаний зі стресами та конфліктними ситуаціями, нераціональне харчування, порушення екологічної рівноваги, а також нездоровий спосіб життя, зокрема наявність шкідливих звичок.

Другу групу становлять внутрішні (біологічні) фактори ризику, які відображають певні фізіологічні та біохімічні порушення в організмі людини, зокрема ожиріння, артеріальну гіпертензію, підвищений рівень холестерину в крові та інші метаболічні зміни. Прояви багатьох із цих чинників можуть бути зумовлені генетичною схильністю. Важливо зазначити, що формування значної частини факторів ризику розпочинається ще в дитячому віці, у зв'язку з чим профілактичні заходи доцільно впроваджувати на максимально ранніх етапах життя.

Фактори ризику артеріальної гіпертензії наведено на рис. 3.7.

Факторів ризику досить багато. ***До числа найбільш практично значимих чинників ризику відносять:***

- спадковість;
- стресові впливу;
- нераціональне харчування;
- низька фізична активність;
- екологічний дисбаланс;
- нездоровий спосіб життя;
- шкідливі звички;
- ожиріння.



Рис. 5.7. Фактори ризику артеріальної гвпертензії
Джерело зображення: https://health-ua.com/article/42934-dagnostika

Визначення факторів ризику у діяльності сімейного лікаря має важливе значення для розуміння ефективної профілактичної стратегії.

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у країнах Європи провідними факторами ризику для здоров'я населення є: високий АТ - 12,8%; тютюнопаління - 12,3 %; зловживання алкоголем - 10,1 %; підвищений рівень холестерину в крові - 8,7 %; ожиріння - 7,8 %; недостатнє споживання фруктів та овочів - 4,4 %; гіподинамія - 3,5 %. Діагностуючи захворювання, найчастіше виявляють поєднаний вплив кількох факторів ризику (див. табл. нижче).

Таблиця 5.2

Провідні фактори ризику для здоров'я населення України

Фактори ризику	**Чоловіча стать, %**	**Жіноча стать, %**
Високий АТ	13,9	20,3
Тютюнопаління	20,2	3,0
Зловживання алкоголем	18,3	4,3

Підвищений рівень холестерину	12,7	16,6
Ожиріння	7,2	11,4
Недостатнє споживання фруктів та овочів	7,6	8,6
Гіподинамія	4,9	6,4
Наркоманія	4,1	1,7
Незахищений секс	1,1	2,3
Вміст свинцю в організмі	1,2	—
Дим від згорання твердого палива	—	1,5

Поширеність патології за класами хвороб в Україні наступна:

• хвороби системи кровообігу – 30,5 %;

• хвороби органів дихання – 20,7 %;

• хвороби органів травлення – 9,6 %;

• хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 5,4 %;

• хвороби сечостатевої системи – 5,4 %;

• очні хвороби – 4,9 %;

• хвороби ендокринної системи – 4,43 %.

Важливим компонентом оцінювання факторів ризику є врахування вікових критеріїв. Так, у молодому віці (19–39 років) провідне значення мають поведінкові фактори ризику, зокрема тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин, а також наявність хронічних осередків інфекції, інфекційних агентів і захворювань, що передаються статевим шляхом.

У віковій групі 40–64 роки домінують фактори ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань, передусім патології серцево-судинної системи, бронхолегеневих захворювань, цукрового діабету, хвороб органів травлення, гепатобіліарної патології та онкологічних захворювань.

У осіб віком понад 65 років переважають ускладнені форми серцево-судинної, бронхолегеневої, ниркової та гепатобіліарної патології, що суттєво впливає на рівень захворюваності, інвалідизації та смертності в цій віковій категорії.

В умовах сучасного демографічного розвитку індустріально розвинених країн спостерігається процес постаріння населення, що зумовлює зростання частоти серцево-судинних захворювань та пов’язаної з ними смертності. У більшості розвинених країн серцево-судинна патологія посідає провідне місце

в структурі захворюваності та смертності населення. За наявними даними, близько 30 % усіх летальних випадків у світі пов’язані із захворюваннями серцево-судинної системи, і з підвищенням рівня життя та збільшенням частки осіб похилого віку ця частка має тенденцію до зростання. Зокрема, у США серцево-судинні захворювання становлять близько 40 % причин смерті, тоді як в Україні летальність унаслідок серцево-судинної патології досягає 59 %.

Первинні і вторинні фактори ризику захворювань

Розрізняють також фактори ризику первинні і вторинні. До первинних факторів належать фактори, що негативно впливають на здоров'я: нездоровий спосіб життя, забруднення навколишнього середовища, обтяжена спадковість, незадовільна робота служб охорони здоров'я і т. д. Перелічимо ***основні первинні чинники ризику***:

- нездоровий спосіб життя (куріння, вживання алкоголю, незбалансоване харчування, стресові ситуації, постійне психоемоційне напруження, гіподинамія, погані матеріально-побутові умови, вживання наркотиків, несприятливий моральний клімат в родині, низький культурний та освітній рівень, низька медична активність і т. д.);
- підвищений рівень холестерину в крові, артеріальна гіпертензія;
- несприятлива спадковість (спадкова схильність до різних захворювань, генетичний ризик - схильність до спадкових хвороб);
- несприятливий стан навколишнього середовища (забруднення повітря канцерогенами та іншими шкідливими речовинами, забруднення води, забруднення ґрунту, різка зміна атмосферних параметрів, підвищення радіаційних, магнітних та інших випромінювань);
- незадовільна робота органів охорони здоров'я (низька якість медичної допомоги, несвоєчасність надання медичної допомоги, труднолоступность медичної допомоги).

До ***вторинних факторів ризику*** відносяться захворювання, які обтяжують перебіг інших хвороб: цукровий діабет, атеросклероз, артеріальна гіпертензія і т. д.

Боротьба з факторами ризику: гіпокінезія та гіподинамія. Одним із вагомих факторів ризику, що становить серйозну загрозу для здоров’я людини, є недостатня рухова активність, яку визначають терміном «гіпокінезія». Це явище є поширеним у сучасному суспільстві та характеризується тривалим обмеженням обсягу фізичних рухів. Пролонгована гіпокінезія зумовлює розвиток комплексу суб’єктивних і об’єктивних змін з

боку різних органів і систем, які в сукупності визначаються як гіпокінетичний синдром або гіпокінетична хвороба.

У клінічній практиці гіпокінезію розглядають як зниження рівня рухової активності, тоді як гіподинамія трактується як сукупність негативних морфофункціональних змін в організмі, що формуються внаслідок тривалої гіпокінезії. Питання профілактики гіпокінезії та гіподинамії має суттєве медико-соціальне значення, оскільки ці стани супроводжуються глибокими порушеннями мікро- та макрофункціональної організації організму людини як цілісної біологічної системи. Знижений рівень фізичної активності чинить комплексний негативний вплив на функціональний стан організму.

Результати наукових досліджень свідчать, що зменшення обсягу м’язової діяльності прискорює процеси біологічного старіння, сприяє підвищенню ризику серцево-судинних захворювань, розвитку порушень з боку травної системи, а також зниженню імунологічної резистентності організму до інфекційних агентів. Гіпокінезія та пов’язані з нею порушення є предметом численних наукових досліджень, що зумовлено різноманіттям причин дефіциту рухової активності, варіабельністю її тривалості та ступеня вираженості, які визначають широкий спектр можливих наслідків — від незначних адаптаційно-фізіологічних змін до формування патологічних станів.

У звичайних умовах життєдіяльності фізіологічна перебудова, спричинена гіпокінезією, може залишатися малопомітною. Проте в екстремальних ситуаціях, коли виникає потреба в мобілізації резервних можливостей організму, її негативні наслідки проявляються значно виразніше. Першочергово зниження рухової активності відображається на функціональному стані м’язової системи, з подальшим поступовим залученням інших провідних систем організму.

Гіпокінезія і гіподинамія призводять до атрофічних м'язовим змін, порушень серцево-судинної системи, зниження ортостатичної стійкості, зміни водно-сольового балансу, демінералізації кісток. Гіпокінезія призводить до:

- зниженню функціональної активності органів і систем;
- погіршення постачання тканин киснем і інтенсивності обмінних процесів;
- зменшення життєвої ємкості легенів і інтенсивності газообміну;
- зниження сили серцевих скорочень, що пов'язано зі зменшенням венозного повернення в передсердя;
- скороченню хвилинного обсягу і маси серця;
- погіршення стійкості до різних несприятливих факторів;

– порушення координації рухів.

Наслідки гіподинамії наведено на рис. нижче.



Рис. 5.8. Наслідки гіподинамії

Джерело зображення: https://www.ukrslovo.net/interesting-fact

Найбільш резистентними до розвитку проявів гіпокінезії вважаються м’язи антигравітаційної дії, зокрема м’язи шиї та спини. Водночас м’язи черевної стінки зазнають атрофічних змін значно швидше, що негативно впливає на процеси кровообігу, дихання та травлення.

Профілактика гіпокінезії та гіподинамії має здійснюватися на всіх етапах онтогенезу. Дотримання профілактичних заходів позитивно впливає на процеси росту й розвитку дітей, у тому числі першого року життя. Доведено, що діти з достатнім рівнем регулярної рухової активності в середньому випереджають своїх однолітків за показниками фізичного розвитку, зокрема

зросту (на 1–2 см) та маси тіла (приблизно на 500 г). За умови забезпечення оптимального обсягу рухової активності діти раніше, в середньому на 1–2 місяці, починають самостійно сидіти та ходити. Крім того, систематичні фізичні вправи сприяють покращенню загального стану здоров'я, знижуючи частоту простудних та інфекційних захворювань у 2–3 рази.

У шкільному віці наслідки гіподинамії та гіпокінезії проявляються у вигляді порушень постави, формування надлишкової маси тіла та функціональних відхилень з боку опорно-рухового апарату. Профілактика малорухомого способу життя шляхом залучення дітей до занять фізичною культурою сприяє гармонійному розвитку серцево-судинної системи та забезпечує адекватне тренування міокарда.

У середньому та похилому віці недостатня рухова активність сприяє прискореному розвитку атеросклерозу, зниженню тонусу судинної стінки, порушенню мозкового кровообігу, а також прогресуванню вікових змін. За умов гіпокінезії та відсутності регулярних фізичних навантажень відбувається зниження м'язового тонусу, розвиток м'язової слабкості, формування порушень постави та прискорення процесів старіння. Своєчасна профілактика гіподинамії в осіб похилого віку сприяє зниженню ризику розвитку артеріальної гіпертензії, коронарної недостатності та інфаркту міокарда.

Профілактика та корекція стресових впливів. У реалізації заходів щодо запобігання негативним наслідкам стресу провідна роль належить немедикаментозним оздоровчим і виховним підходам, тоді як застосування фармакологічних засобів доцільне лише у складних або тривалих стресових ситуаціях. До основних оздоровчих заходів належать раціональне харчування, дотримання оптимального режиму праці та відпочинку, активні форми дозвілля, повноцінний нічний сон, а також відмова від шкідливих звичок. Ефективним є чергування видів діяльності, особливо за умов розвитку втоми, а також регулярні фізичні тренування, які мають додатковий позитивний психоемоційний ефект.

Профілактика та корекція патологічних наслідків емоційного стресу повинні здійснюватися з урахуванням так званого «золотого правила норми», згідно з яким періоди високого емоційного напруження навіть у гострих конфліктних ситуаціях не становлять загрози для здоров'я за умови їх завершення фазами активного відпочинку, що супроводжуються позитивними емоціями.

Профілактика незбалансованого харчування. Раціональне харчування ґрунтується на кількох основних принципах. Перший принцип —

енергетична відповідність, що передбачає узгодженість енергетичної цінності добового раціону з рівнем енергетичних витрат організму. Другий принцип — збалансованість харчування, яка полягає в адекватному надходженні до організму основних поживних речовин, зокрема білків, жирів (рослинного й тваринного походження) та складних вуглеводів, дефіцит або надлишок яких може призводити до функціональних порушень.

Важливим компонентом раціонального харчування є дотримання режиму прийому їжі, що передбачає регулярність і фіксований час харчування з кратністю 4–5 разів на добу. Останній прийом їжі рекомендується здійснювати не пізніше ніж за 3 години до сну, при цьому їжа має бути легкою та добре засвоюваною.

Порушення зазначених принципів харчування сприяє розвитку низки хронічних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, ожиріння та цукрового діабету. Розлади харчування зумовлюють патологічні стани, пов’язані з дефіцитом або надлишком енергії та поживних речовин, що супроводжуються порушеннями обміну речовин, функціональними й структурними змінами органів і систем, а також зниженням імунної резистентності організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища, зокрема інфекційних агентів. Запобігання та корекція таких станів можливі лише за умови кількісної та якісної оптимізації харчового раціону з урахуванням індивідуальних потреб організму.

Дванадцять принципів здорового харчування

1. Раціони харчування повинні складатися із різноманітних продуктів переважно рослинного, а не тваринного походження.
2. Споживайте хліб, зернові продукти, макаронні вироби, рис або картоплю декілька разів на день.
3. Вживайте не менше 400 г на добу різноманітних овочів та фруктів, бажано свіжих та вирощених в місцевих умовах екологічно чистих зон.
4. Підтримуйте масу тіла в рекомендованих межах (значення індексу маси тіла від 20 до 25 кг/м^2) за допомогою нормокалорійної дієти і щоденних помірних фізичних навантажень.
5. Контролюйте вживання жирів, питома вага яких не повинна перевищувати 30 % добової калорійності; заміняйте більшість насичених жирів ненасиченими рослинними оліями або м'якими маргаринами.
6. Заміняйте жирне м'ясо та м'ясопродукти квасолею, бобами, рибою, птицею або нежирним м'ясом.

7. Вживайте молоко і молочні продукти (кефір, кисле молоко, йогурт, сир) з низьким вмістом жиру і солі.

8. Вибирайте продукти з низьким вмістом цукру, обмежуйте частоту вживання рафінованого цукру, солодких напоїв та солодощів.

9. Віддавайте перевагу продуктам з низьким вмістом солі, загальна кількість якої не повинна перевищувати однієї чайної ложки (6 г) на добу, включаючи сіль, що знаходиться в готових продуктах. В ендемічних зонах необхідно вживати йодовану сіль.

10. Обмежуйте вживання алкоголю до 20 мл етанолу або еквівалентних алкогольних напоїв на добу.

11. Приготування їжі на пару, її варка, тушкування, випікання або обробка в мікрохвильовій печі допомагає зменшити кількість доданого жиру.

12. Пропагуйте годування дітей перших 6 місяців життя виключно материнським молоком.

Тарілка здорового харчування за рекомендаціями МОЗ України наведена на рис. 5.9.



Рис. 5.9. Тарілка здорового харчування за рекомендаціями МОЗ України
Джерело зображення: https://phc.org.ua/news/tarilka-zdorovog

Заходи зі зниження рівня неліпідних факторів ризику. Підвищений рівень С-реактивного протеїну (понад 3 мг/л) розглядається як незалежний предиктор розвитку серцево-судинних ускладнень. Обмеження енергетичної цінності раціону та регулярна фізична активність асоціюються зі зниженням концентрації С-реактивного протеїну в крові. Доведено, що призначення статинів у осіб із факторами ризику ішемічної хвороби серця супроводжується зменшенням рівня С-реактивного протеїну приблизно на 17%.

Зниження рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), які накопичуються в атеросклеротичних бляшках і відіграють ключову роль у тромбоутворенні, досягається шляхом значного зменшення їх фракції в плазмі крові. Це забезпечується фармакотерапією статинами та похідними нікотинової кислоти. Корекція підвищеного рівня гомоцистеїну, який чинить ушкоджувальний вплив на ендотелій судин, здійснюється шляхом призначення фолієвої кислоти та піридоксину. Зниженню концентрації фібриногену — незалежного фактора ризику інсульту та інфаркту міокарда — сприяють відмова від тютюнопаління, регулярна фізична активність, нормалізація маси тіла, а також застосування замісної гормональної терапії в постменопаузальному періоді.

Корекція ліпідних порушень. Модифікація ліпідного профілю досягається шляхом зменшення частки загальних жирів у добовому раціоні до 30 % енергетичної цінності, зокрема насичених і поліненасичених жирних кислот — до 10 %, мононенасичених — до 15 %, а також обмеження надходження холестерину до 300 мг на добу. Рекомендується обмежити споживання вершкового масла, твердих сирів, незбираного молока, яєць, морозива, комерційної випічки, делікатесних м’ясних виробів, напівфабрикатів і гідрогенізованих продуктів (маргарину, десертів із наповнювачами).

Епідеміологічні дані свідчать, що регулярне вживання риби та морепродуктів (не менше одного разу на тиждень) асоціюється зі зниженням ризику раптової смерті приблизно на 50 % порівняно з особами, які споживають ці продукти рідше одного разу на місяць. Раціон харчування доцільно збагачувати овочами та фруктами. За наявності гіперхолестеринемії, що перевищує фізіологічні норми, рекомендоване призначення статинів.

Профілактика впливу ксенобіотиків на організм людини. Ксенобіотики — це чужорідні для організму хімічні сполуки (промислові забруднювачі, пестициди, побутова хімія, лікарські засоби тощо), які,

накопичуючись у навколишньому середовищі, можуть негативно впливати на біологічні системи, спричиняти генетичні порушення, загибель організмів і дисбаланс природних процесів у біосфері. Особливо небезпечними для гідросфери є хлор- і фосфорорганічні сполуки, поверхнево-активні речовини, нафта, теплові стоки, важкі метали (ртуть, свинець), а також полімерні матеріали, які практично не піддаються біологічному розкладанню та тривало забруднюють екосистеми.

Засоби профілактики та корекції впливу ксенобіотиків. Для запобігання та лікування порушень, спричинених ксенобіотиками, застосовують низку засобів. Сорбенти реалізують свій терапевтичний ефект завдяки фізико-хімічним властивостям, що забезпечують зв'язування та виведення токсичних сполук із організму. За хімічною структурою вони представлені активованим вугіллям, силікагелями, алюмосилікатами, харчовими волокнами, неорганічними та композиційними сполуками. Високоефективним сорбентом є альгісорб — препарат на основі морських водоростей ламінарії, який сприяє відновленню адаптаційних можливостей організму, не порушує баланс мікроелементів і не всмоктується у шлунково-кишковому тракті, що дозволяє його тривале застосування без значних побічних ефектів.

Імуномодулююча терапія. Підвищення імунологічної резистентності організму є важливим завданням як у осіб із груп ризику, так і при наявності соматичної патології. В умовах екологічно несприятливих регіонів доцільним є включення до комплексу профілактичних і лікувальних заходів медикаментозних, фізіотерапевтичних та інших неспецифічних методів впливу на імунну систему з метою оптимізації імунної відповіді. При цьому застосовують неспецифічні стимулятори, які активують клітинний імунітет, лейкопоез, фагоцитарну активність нейтрофілів та чинники неспецифічного захисту, що опосередковано посилюють противірусний імунітет.

До засобів із потенційною імуномодулюючою дією належать деринат (натрієва сіль ДНК), метилурацил, пентоксил, а також вітамінні комплекси, що включають аскорбінову, фолієву та нікотинову кислоти, вітаміни групи В, вітамін К, ретинол і токоферол. Вітамінотерапія спрямована не лише на імунокорекцію, а й на модуляцію антиоксидантних систем організму. Додатково застосовують препарати рослинного походження (женьшень, аралію маньчжурську, лимонник, заманиху, алое), які сприяють підвищенню неспецифічної резистентності та адаптаційних можливостей організму.

Профілактика променевих уражень

До основних методів профілактики променевої хвороби відносять:

1) фармакохімічний захист;

2) біологічний захист;

3) місцевий захист органів і тканин.

Фармакохімічна профілактика радіаційних уражень

У сучасній радіобіології велике значення набуває фармакохімічна профілактика радіаційних уражень. Одним із ефективних методів підвищення радіорезистентності організму є застосування фармакохімічних засобів захисту — так званих радіопротекторів, які здатні значно знижувати руйнівну дію іонізуючого випромінювання.

Радіопротектори виявлені серед різних класів хімічних сполук; проте найбільш перспективними та ефективними є дві групи: індолілалкіламіни (серотонін, мексамін та їх похідні) та меркаптоалкіламіни (цистамін і його похідні).

До заходів профілактичного характеру належать: лікування хронічних супутніх захворювань, призначення вітамінів, ферментів, природних або синтетичних антиоксидантів. Місцева профілактика передбачає не лише корекцію хронічних патологічних процесів у тканинах, що піддаються опроміненню, а й застосування препаратів, що покращують трофіку тканин. Особлива увага приділяється лікуванню ранніх променевих реакцій та раціональному використанню радіомодифікаторів.

У контексті зниження ризику променевих ушкоджень стратегічне значення мають методи та засоби, що мінімізують пострадіаційний ефект на нормальні тканини, такі як лазерне опромінення, гіпоксітерапія, інші радіопротектори та імуномодулюючі засоби.

Профілактика і корекція стресових впливів

Основна роль у профілактиці та корекції стресу належить оздоровчим та виховним заходам. Медикаментозне лікування застосовується лише у складних або критичних стресових ситуаціях. До оздоровчих заходів належать: раціональне харчування, оптимальний режим праці та відпочинку, активний відпочинок, повноцінний нічний сон та усунення шкідливих звичок. Ефективним є також чергування видів діяльності, особливо при розвитку стомлення, та регулярні фізичні тренування, які сприяють позитивному психологічному ефекту.

Профілактика і лікування патологічних наслідків емоційного стресу повинні враховувати принцип «золотої норми»: періоди максимального

емоційного напруження не становлять загрози для здоров'я, якщо вони чергуються з активним відпочинком та позитивними емоційними переживаннями.

Припинення вживання тютюнових виробів

Боротьба з тютюнопалінням є пріоритетним напрямом профілактичної роботи сімейного лікаря та лікаря загальної практики. Епідеміологічно доведено, що ризик серцево-судинних та бронхолегеневих ускладнень знижується майже на 50 % протягом перших 2–4 років після відмови від куріння. Відмова від тютюнопаління сприяє нормалізації артеріального тиску. Після перенесеного інфаркту міокарда або коронарного шунтування куріння припиняють 50–70 % пацієнтів.

Приблизно 10–20 % курців відмовляються від куріння в рамках спеціальних програм, що передбачають психотерапевтичні методи, а також застосування нікотинових замінників — пластирів та жувальних гумок. До сучасних методів лікування нікотинової залежності входять препарати з дофамінергічною та адренергічною активністю (амфебутамон), а також центральний адреностимулятор клонідин.

5.6. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОФІЛАКТИКУ З УРАХУВАННЯМ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я, ВІКУ, СТАТІ ІНДИВІДУУМА

Профілактика як складова медичної діяльності

Профілактика є невід'ємною складовою сучасної медицини. Соціально-профілактичний напрям у сфері охорони та зміцнення здоров'я населення охоплює медичні, санітарно-технічні, гігієнічні та соціально-економічні заходи. Формування ефективної системи профілактики захворювань та усунення факторів ризику є ключовим соціально-економічним і медичним завданням держави.

Пропаганда здорового способу життя виступає обов'язком кожного медичного працівника та важливою складовою розвитку суспільства, яка повинна реалізовуватися з використанням сучасних технологій та комунікаційних засобів. У роботі сімейного лікаря профілактичний напрямок є пріоритетним, що підтверджується афоризмом Авіцени: «Здоров'я зберегти – задача медицини, хвороби – зрозуміти та усунути їх причини». Формування здорового способу життя передбачає створення системи подолання факторів ризику через активну життєдіяльність, спрямовану на підтримку та зміцнення

здоров’я населення. Через це викладання принципів профілактики у вищих медичних навчальних закладах набуває особливої актуальності.

Загальною профілактикою захворювань є комплекс заходів, спрямованих на покращення стану здоров’я населення, тривалості та якості життя. Досягнення цієї мети забезпечується реалізацією:

- Первинної профілактики – заходи, спрямовані на зниження рівня захворюваності;
- Вторинної профілактики – раннє виявлення патологічних станів у період їх латентного перебігу;
- Третинної профілактики – попередження прогресування та рецидивів захворювань у пацієнтів із клінічно встановленим діагнозом, включаючи диспансерне спостереження;
- Четвертинної профілактики – досягнення повного виліковування захворювань, які раніше вважалися хронічними (наприклад, пептичні виразки, асоційовані з *H. pylori*, вірусні гепатити).

Таким чином, профілактика є комплексною системою заходів, спрямованих не лише на усунення первинних причин захворювань, але й на запобігання діям чинників, що сприяють їх розвитку.

Розрізняють три типи профілактики (рис. 5.10).



Рис. 5.10. Види профілактики

Джерело зображення:

https://gdz4you.com/prezentaciyi/biologiya/profilaktyka-infekcijnyh

Класифікація профілактичних заходів у медичній практиці

Первинна профілактика визначається як сукупність заходів, спрямованих на запобігання виникненню патологічного процесу. Зокрема, імунізація проти інфекційних захворювань дозволяє нейтралізувати патогенні агенти до початку розвитку хвороби. Ідентифікація та контроль факторів ризику, таких як тютюнопаління у здорових осіб, також належать до первинної профілактики хронічних обструктивних захворювань легень.

Вторинна профілактика проводиться на доклінічній стадії захворювання, коли з'являються лише ранні прояви чи предиктори патології. Прикладами вторинної профілактики є рання діагностика та лікування раку легень або шийки матки, а також модифікація поведінки пацієнтів із надмірною масою тіла для запобігання розвитку цукрового діабету через корекцію харчування та способу життя.

Третинна профілактика спрямована на попередження ускладнень хронічних захворювань, розвитку інвалідності та погіршення якості життя.

У практичній діяльності сімейного лікаря або лікаря загальної практики межі між первинною, вторинною та третинною профілактикою часто умовні, оскільки найбільш ефективним підходом є комплексне формування здорового способу життя та диспансеризація населення.

Наприклад, діагностика та лікування артеріальної гіпертензії розглядається як вторинна профілактика гіпертонічної хвороби, водночас, оскільки гіпертензія є фактором ризику для розвитку атеросклерозу, серцевої недостатності та інсульту, лікування цих ускладнень одночасно виконує функцію первинної профілактики. Запобігання тютюнопалінню репрезентує первинну профілактику у здорових людей щодо хронічного бронхіту та третинну профілактику у пацієнтів із встановленим діагнозом хронічного обструктивного бронхіту або ішемічної хвороби серця.

Найбільш поширеними профілактичними заходами є санітарно-освітня робота, пропаганда здорового способу життя та протирецидивне лікування. Впровадження профілактичних заходів у рамках національних програм має стратегічне значення, оскільки дозволяє суттєво знизити захворюваність та смертність від серцево-судинних, бронхолегеневих, гастроентерологічних та інших хронічних патологій.

На сьогодні в Україні скасована диспансерізація. "Диспансеризація" — регулярний огляд здорових людей — не існує і не визнається в цивілізованих країнах світу як ефективна модель охорони здоров'я. Більше того, надмірні

радіологічні обстеження є небезпечними для пацієнтів, а значна кількість діагностичних обстежень і лабораторних досліджень призводить до накопичення помилкових результатів і подальшого непотрібного лікування.

Україна переходить на модель регулярних скринінгових оглядів по групах ризику. Ця модель є традиційною для цивілізованих країн світу.

5.7. РЕАБІЛІТАЦІЯ: ВИДИ, ПРИНЦИПИ, ПЕРІОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітація визначається як суспільно значуще функціональне та соціально-трудове відновлення осіб, які перенесли захворювання або мають інвалідність, що здійснюється комплексним застосуванням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, соціальних та інших заходів. Метою цих заходів є повернення пацієнтів до активного життя та праці відповідно до їх фізичного та психоемоційного стану.

Основні завдання реабілітації включають:

1. Функціональне відновлення або компенсацію порушених функцій при недостатньому відновленні;
2. Пристосування до повсякденного життя та трудової діяльності;
3. Залучення до продуктивної праці;
4. Систематичне спостереження за реабілітованими з боку сімейного лікаря.

Головна мета реабілітації полягає у забезпеченні адаптації до попереднього робочого місця або проведенні реадаптації, що передбачає виконання трудових функцій із зниженим нервово-психічним та фізичним навантаженням на новому робочому місці в межах того ж підприємства. У випадках неможливості повернення на попереднє місце роботи реалізується перекваліфікація, що може включати професійну підготовку в реабілітаційних центрах та подальше працевлаштування відповідно до нової професії та фізичного стану особи.

У педіатричній практиці реабілітація спрямована не лише на відновлення стану дитини до рівня, що передував захворюванню, та інтеграцію у дитячий колектив, але й на розвиток фізичних, когнітивних і психічних здібностей, відповідних віку.

Організаційні фактори медичної реабілітації наведено на рис. 5.11.



Рис. 5.11. Організаційні фактори медичної реабілітації
Джерело зображення: https://repository.tdmu.edu.ua/handle/1/9907

Принципи реабілітації

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Ініціація реабілітаційних втручань на ранніх етапах захворювання сприяє швидшому відновленню функцій організму, профілактиці ускладнень та своєчасному попередженню розвитку інвалідності.

2. Безперервність реабілітаційного процесу. Ефективність реабілітації значною мірою залежить від систематичності та поетапності проведення заходів. Безперервний підхід дозволяє скоротити тривалість лікування, зменшити рівень інвалідизації, оптимізувати витрати на відновлювальне лікування та забезпечити тривале соціальне утримання пацієнтів із обмеженими можливостями.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Реабілітаційна програма передбачає взаємодію мультидисциплінарної команди фахівців — лікарів різних спеціальностей, психологів, соціологів, педагогів, юристів та інших спеціалістів, що забезпечує цілісне відновлення функцій та соціальної інтеграції пацієнта.

4. Індивідуалізація реабілітації. Реабілітаційні програми формуються з урахуванням особливостей захворювання, стану здоров’я, віку, статі, професії, психологічних характеристик та фізичних можливостей пацієнта, що забезпечує максимальну ефективність втручань.

5. Реабілітація в колективі. Проведення реабілітаційних заходів у груповому середовищі формує у пацієнта відчуття соціальної належності, моральну підтримку та емоційне стимулювання, що сприяє зниженню психологічного дискомфорту та прискорює процес одужання.

6. Повернення до активної праці. Основною метою реабілітації є відновлення трудової діяльності, що забезпечує матеріальну незалежність, психоемоційну стабільність та соціальну інтеграцію пацієнта.

Реабілітаційний процес реалізується через комплекс медичних, психологічних, професійних, соціальних, педагогічних та правових заходів. У медичній практиці виділяють кілька видів реабілітації, кожен із яких має специфічні завдання.

Медична реабілітація (відновне лікування) включає лікувально-реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення або підтримання здоров’я пацієнта на певному рівні. Виконання цих заходів забезпечують лікарі різних спеціальностей та медичні працівники відділень відновного лікування, поліклінік, стаціонарів, реабілітаційних центрів, санаторіїв тощо. Медична реабілітація повинна розпочинатися одразу після встановлення діагнозу та проводитися комплексно, із застосуванням хірургічних, медикаментозних, психотерапевтичних і санаторно-курортних методів. У деяких випадках медична реабілітація може тривати протягом усього життя пацієнта, як, наприклад, при проведенні замісної інсулінотерапії у хворих на цукровий діабет 1 типу.

Матриця реабілітаційних послуг наведена на рис. нижче.

МАТРИЦЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	ТИПИ ПОСЛУГ		
	А. ГОСТРА ДОПОМОГА	Б. ПІДГОСТРА ДОПОМОГА	В. ТРИВАЛА ДОПОМОГА
Третинний	**А.1:** Палати гострої реабілітації **А.2:** Мобільні команди гострої реабілітації	**Б.1:** Стаціонарні відділення підгострої реабілітації	**В.1:** Стаціонарні установи періодичної реабілітації
Вторинний	**А.1:** Палати гострої реабілітації **А.2:** Мобільні команди гострої реабілітації	**Б.1:** Стаціонарні відділення підгострої реабілітації **Б.2:** Амбулаторні відділення підгострої реабілітації	**В.1:** Стаціонарні установи періодичної реабілітації
Первинний		**Б.2:** Амбулаторні відділення підгострої реабілітації **Б.3:** Монопрофесійні установи з проведення підгострої реабілітації під наглядом/ керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ)	**В.2:** Реабілітаційні центри первинної допомоги **В.3:** Монопрофесійні установи з проведення підгострої реабілітації під наглядом/ керівництвом лікаря ФРМ **В.4:** Реабілітаційні послуги, що надаються в громаді (РНГ)

Рис. 5.12. Матриця реабілітаційних послуг

Джерело зображення: https://repository.tdmu.edu.ua/handle/1/9907

Медична реабілітація – вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Медична реабілітація призначається пацієнтам:

- після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності;
- з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;
- у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

У медичній реабілітації, відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ, виділяють два основні періоди: **стаціонарний (лікарняний)** та **післялікарняний**, кожен із яких включає визначені етапи.

І етап – лікарняний (стаціонарний) розпочинається безпосередньо після встановлення діагнозу. Лікар формує індивідуальну програму реабілітації, яка охоплює терапевтичні або хірургічні методи лікування, спрямовані на зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, формування тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій уражених органів та систем, а також поступову фізичну активізацію пацієнта. На цьому етапі широко застосовуються методи лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур та елементи працетерапії. Визначаються функціональні можливості пацієнта та резерви організму, а наприкінці етапу програма реабілітації коригується відповідно до досягнутих результатів.

ІІ етап – післялікарняний (поліклінічний, реабілітаційний або санаторний) розпочинається після виписки пацієнта зі стаціонару, у поліклінічних умовах, реабілітаційних центрах або санаторіях. Він проводиться за умов стабілізації та покращання стану хворого і значного розширення рухової активності. Основну увагу приділяють фізичній реабілітації: поступовому збільшенню фізичного навантаження, загальному тренуванню, підвищенню функціональної витривалості та загартуванню організму, а також підготовці пацієнта до трудової діяльності та оволодінню пристроями для самообслуговування і пересування. Наприкінці етапу після комплексного обстеження та функціонального тестування визначають готовність пацієнта до праці. За результатами оцінки можливе повернення на попереднє робоче місце, робота з обмеженими фізичними та психічними навантаженнями, перекваліфікація або розширення навичок самообслуговування при значних залишкових порушеннях.

ІІІ етап – диспансерний спрямований на тривалий нагляд за реабілітованими пацієнтами, підтримку та покращання їхнього фізичного стану і працездатності протягом життя. Програма цього етапу включає

профілактичні заходи, періодичне перебування у санаторіях, систематичні заняття лікувальною фізкультурою у спеціалізованих кабінетах або групах здоров'я, самостійні фізичні вправи, а також медичні обстеження з тестами на фізичне навантаження для оцінки функціональних можливостей організму.

2. Психологічна реабілітація, що тісно пов'язана з медичною, є комплексом заходів, спрямованих на підготовку хворого до необхідної адаптації або перекваліфікації при найповнішому відновленні його професійних навичок. Найчастіше психологічну реабілітацію проводить лікар-куратор, хоча вона ефективніша тоді, коли цим займається лікар-психотерапевт або психолог з урахуванням психологічних особливостей хворого, його інтересів та установок, ставлення до своєї хвороби. Психологічна підготовка набуває особливого значення перед хірургічним втручанням, бо дає віру в те, що після операції хворий зможе жити повноцінним життям, продовжити свою трудову діяльність і відновити соціальну активність.

3. Професійна реабілітація – це підготовка хворого чи інваліда до трудової діяльності. Варіанти цієї реабілітації можуть бути такі:

а) підготовка (адаптація) реабілітанта до роботи на попередньому місці;

б) реадаптація – робота на новому робочому місці зі зміненими умовами праці, але на тому самому підприємстві;

в) робота на новому місці відповідно до набутої нової кваліфікації, що близька до попередньої, однак характеризується зниженим навантаженням;

г) за неможливості реалізації попередніх пунктів – повна перекваліфікація з наступним працевлаштуванням на тому самому підприємстві;

д) перекваліфікація в реабілітаційному центрі з пошуком роботи за новою спеціальністю.

Професійну реабілітацію забезпечують фахівці з трудового навчання (під контролем лікаря) у професійно-технічних училищах, спеціальних центрах професійної реабілітації (професійно-трудових майстернях), а також на промислових підприємствах, де, за необхідності, створюють спеціальні умови. Також можна організувати працю інвалідів у домашніх умовах.

У значної групи хворих склалося неправильне уявлення про захворювання, вони думають, що праця може несприятливо впливати на його перебіг і завдасть шкоди їхньому здоров'ю. Інколи і медичні працівники припускаються тактичних помилок унаслідок недооцінювання функціональних резервів організму. Однак дані літератури та практичний досвід свідчать, що не потрібно навіювати хворому страх до фізичної праці. Слід переконувати його в тому, що хвороба й навіть перенесена операція не

призводять до повної інвалідності і пацієнт може повернутися до попередньої роботи або обрати для себе іншу професію.

Практика підтверджує, що праця, яка відповідає функціональним можливостям організму людини, є компенсаторним фактором. Необгрунтована бездіяльність шкідлива як для здоров'я, так і у психологічному та соціально-економічному планах. Рідко трапляються хворі, яким дійсно нічим не можна допомогти. Тому будь-яка спроба знайти для хворого роботу чи захоплення виправдовує себе, і тут повинні разом працювати медичні працівники, фахівці з професійної реабілітації та рідні хворого чи постраждалого.

4. Педагогічна реабілітація переважно орієнтована на дітей та підлітків із вродженими або набутими дефектами. Для їх навчання та виховання функціонує мережа спеціалізованих дитячих садків, шкіл, середніх та професійно-технічних навчальних закладів, куди спрямовують дітей із порушеннями слуху, зору, мовлення, фізичними вадами та комбінованими дефектами. Важливо розпочинати реабілітаційні заходи з раннього дитинства та забезпечувати їхню безперервність, іноді протягом усього життя. Рішення щодо проведення реабілітаційних заходів ухвалює спеціальна комісія, яка оцінює здатність дитини витримувати спеціальне навчальне навантаження, опановувати певну професію та поєднувати навчання із заходами медичної та професійної реабілітації.

5. Соціальна реабілітація являє собою комплекс заходів, спрямованих на розвиток у пацієнта навичок самообслуговування, подолання відчуття соціальної неповноцінності та відновлення нормальних міжособистісних стосунків. Внаслідок цього знижується надмірне фокусування на хворобі, формуються впевненість у власних силах та активна соціальна позиція. Для досягнення цих цілей широко застосовуються досягнення науково-технічного прогресу: сучасні засоби пересування (мотовізки, автомобілі з ручним керуванням), удосконалені та нові протези, спеціально адаптовані побутові прилади (ложки, виделки, унітази, одяг тощо), а також архітектурно-будівельні рішення (розширені дверні прорізи, похилі пандуси, спеціальні ліфти). Використання таких технологій значно полегшує повсякденне життя осіб з інвалідністю та сприяє їх інтеграції у трудову та громадську діяльність.

Трансформація етапів здійснення медичної реабілітації наведена на рис. 5.13.

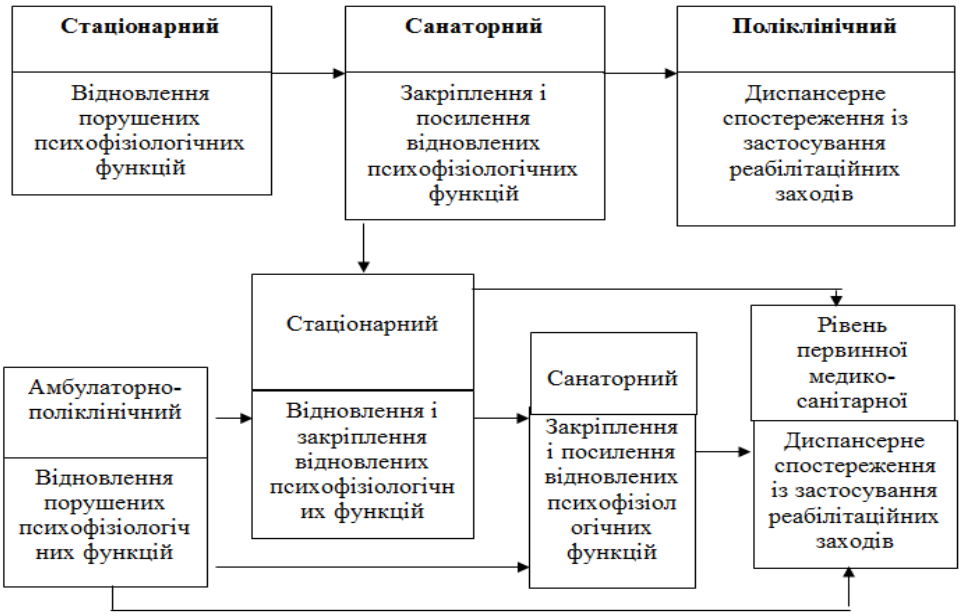


Рис. 5.13.Трансформація етапів здійснення медичної реабілітації
Джерело зображення: https://repository.tdmu.edu.ua/handle

Системне зображення медичної реабілітації наведено на рис. 5.14.

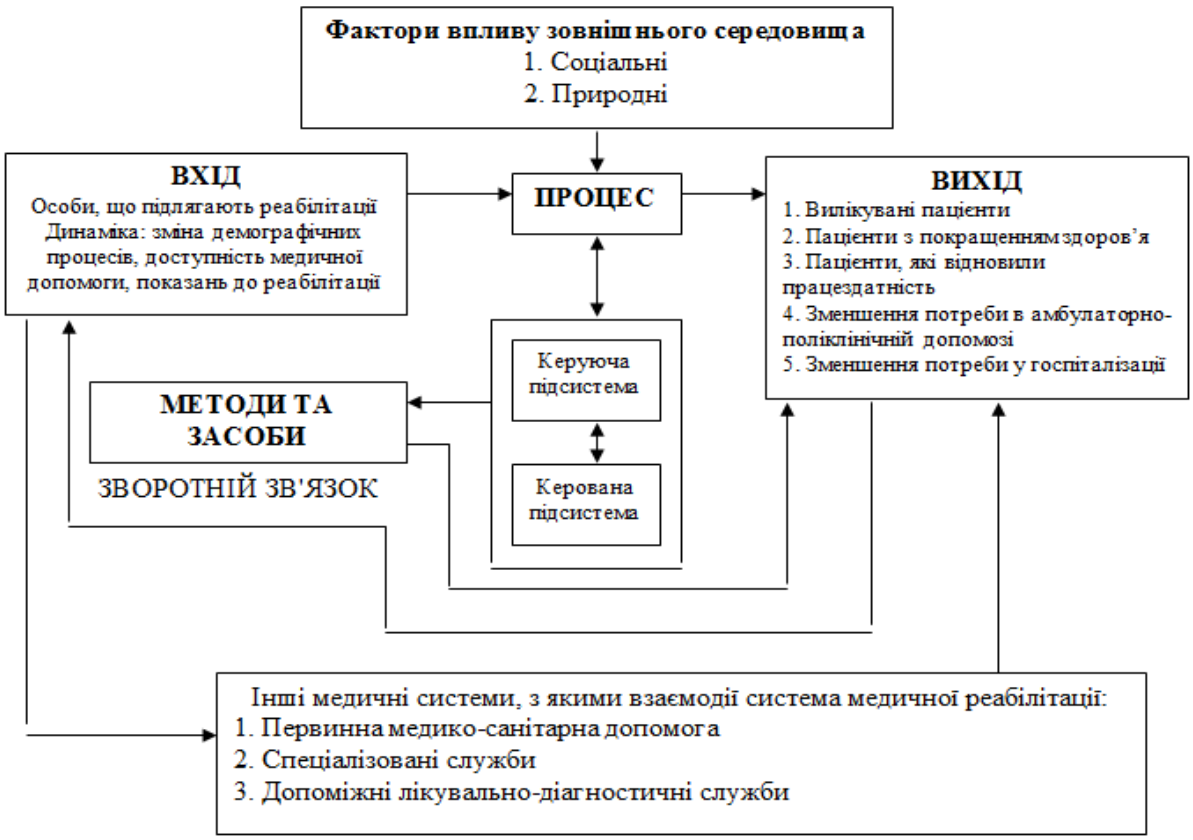


Рис. 5.14. Системне зображення медичної реабілітації
Джерело зображення: https://repository.tdmu.edu.ua/handle

5.8. ПРИНЦИПИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ЗА КРІСТОФОМ ГУТЕНБРУННЕРОМ

Професор Крістоф Гутенбруннер є світовим авторитетом у галузі фізіотерапії та реабілітаційної медицини, мануальної терапії та бальнеології, а також членом провідних європейських і міжнародних організацій у сфері реабілітаційної медицини. Він автор понад 200 наукових публікацій та редактор п’яти навчальних посібників із фізіотерапії та реабілітаційної медицини.

Професор Гутенбруннер спеціалізується на реабілітації пацієнтів із хронічним больовим синдромом і розробці спеціалізованих реабілітаційних програм. Його наукові дослідження охоплюють питання реабілітації, інноваційних концепцій відновного лікування, фізіотерапії, а також розробку навчальних програм у медичній освіті.

За визначенням Гутенбруннера, реабілітація є «самостійною медичною спеціальністю, яка спрямована на розвиток фізичних і когнітивних функцій, активності (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя), а також модифікацію персональних і зовнішніх факторів». Це передбачає забезпечення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації для осіб усіх вікових груп із порушеними функціями.

Принцип рівного доступу до реабілітаційних послуг та соціальної участі без будь-якої дискримінації є фундаментальним для організації та практики реабілітації. Особи з обмеженими можливостями повинні активно залучатися до процесів формування та розвитку реабілітаційних програм. Раціонально організована реабілітація забезпечує можливість свідомого вибору лікувальних заходів у рамках мультидисциплінарного підходу, за необхідності залучаючи сім’ю пацієнта до процесу відновлення.

Головна мета реабілітації за К. Гутенбруннером – дати можливість людям з обмеженими можливостями вести життя, яку вони хотіли б, з огляду на різні обмеження активності, які отримані в результаті хвороби або травми, а також особистих обставин. На практиці, найчастіше це найкраще досягається шляхом поєднання заходів подолання або згладжування функціональної недостатності, і усунення або зменшення бар'єрів для діяльності в середовищі, обраної пацієнтом. Такий підхід дозволить оптимізувати і активність, і діяльність. Два основні результати реабілітації, які повинні бути досягнуті: благополуччя людини і його повернення до соціальної і професійної діяльності.

Фізична і реабілітаційна медицина спрямована на зниження порушень, викликаних хворобою, де це можливо, запобігання ускладнень, на поліпшення функціонування та діяльності і створення сприятливих умов. Всі ці заходи повинні брати до уваги індивідуальні персоналії, культурні фактори і фактори навколишнього середовища (умови життя і роботи).

Реабілітація визначається як безперервний та скоординований процес, який ініціюється з моменту виникнення хвороби або травми і триває до досягнення індивідуальних соціальних і життєвих цілей особи. Реабілітаційні заходи можуть здійснюватися в різних умовах: від спеціалізованих реабілітаційних центрів і відділень реабілітації в лікарнях до амбулаторної та домашньої терапії. Екстрена реабілітація спрямована на максимально ефективне використання нейропластичності та повинна починатися на ранніх етапах, щоб мінімізувати ризик ускладнень. Для цього необхідна наявність мобільних команд фахівців із реабілітаційної медицини, здатних консультувати всі відділення лікарні, включно з інтенсивною терапією, а також відповідне облаштування ліжок для реабілітаційних заходів.

У своїй книзі *«Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren»* К. Гутенбруннер визначає загальні цілі реабілітації як підвищення якості життя пацієнтів із хронічними захворюваннями та запобігання потребі у довгостроковому догляді. Якість життя забезпечується через поєднання трьох основних стратегій:

1. Лікування порушених функцій та структур організму (лікувальна стратегія);
2. Подолання та/або компенсація функціональних порушень (реабілітаційна стратегія);
3. Запобігання подальшому погіршенню функцій та активний відпочинок (профілактична стратегія).

Гутенбруннер виділяє такі форми реабілітації:

1. Медична реабілітація;
2. Професійна реабілітація;
3. Соціальна реабілітація;
4. Забезпечення засобів до існування, включно з фінансовою підтримкою.

У статті *«Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy»* він підкреслює важливість інтеграції погляду особи з інвалідністю у процес реабілітації, характеризуючи взаємини між пацієнтом та провайдером як партнерські. Водночас Гутенбруннер зазначає, що якість життя не слід визначати як первинну мету реабілітації.

У роботі *«Towards a conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine»* він визначає реабілітаційну медицину як самостійну медичну спеціальність, сфокусовану на покращенні функціональної спроможності особи. Комплексне розуміння цієї концепції є критично важливим для ефективного застосування мультидисциплінарних заходів. Реабілітаційна медицина інтегрує лікувальні стратегії та заходи, спрямовані на відновлення функцій і структури органів та систем організму. Залучення мультидисциплінарної команди забезпечує оптимізацію функціонування організму та відновлення працездатності.

Взаємодія між фахівцем із реабілітаційної медицини та пацієнтом повинна будуватися на принципах партнерства. Спеціалісти цієї галузі працюють у всіх секторах охорони здоров'я та з усіма віковими групами, що визначає реабілітаційну медицину як медицину функціонування.

5.9. САНАТОРНО-КУРОРТНИЙ ВІДБІР. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ ДОКУМЕНТІВ

Санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря

Основним лікувально-профілактичним закладом у системі санаторно-курортного лікування є санаторій – спеціалізований стаціонарний заклад із використанням у лікувальних комплексах клімато-, бальнео- або пелоїдотерапії, апаратної фізіотерапії, лікувальної фізкультури в умовах активного відпочинку, спеціально впорядкованого ритму життя та проведення процедур.

Існують санаторії для таких категорій пацієнтів:

- із захворюваннями системи кровообігу;
- із хворобами органів дихання (нетуберкульозного походження);
- із захворюваннями жіночих статевих органів;
- із захворюваннями органів руху та опори;
- із хворобами шкіри;
- із захворюваннями нирок і сечових шляхів;
- з порушеннями обміну речовин.

Є також санаторії для дітей, підлітків, хворих на туберкульоз внутрішніх органів, спастичні паралічі тощо.

Класифікація курортів. Курорт — це місцевість із природними лікувальними факторами, що має певні бальнео- та гідротехнічні споруди і низку лікувально-профілактичних закладів. На території України налічується

близько 100 курортів усіх типів та понад 500 мінеральних джерел - аналоги майже всіх мінеральних вод, що були в колишньому СРСР. Курорти поділяють на кліматичні, бальнеологічні та грязьові. Здебільшого вони є змішаними - бальнеокліматичними або кліматобальнеологічними.

Функціональні складові курорту наведено на рис. нижче.



Рис. 5.15. Функціональні складові курорту

Джерело зображення: https://tourlib.net/statti_ukr/novykova.htm

Кліматичні курорти класифікуються за природними умовами на гірські, приморські, лісові, степові та рівнинні. Основними лікувальними чинниками на таких курортах є аеротерапія, геліотерапія, морські купання (талассотерапія), купання у водоймах (озерах та ріках), кумисотерапія, а також лікування за допомогою винограду.

Бальнеологічні курорти характеризуються використанням мінеральних вод специфічного хімічного складу, температури та мінералізації, а також присутністю біологічно активних газів (сірководень, вуглекислий газ, азот), радіоактивних елементів (радон) та мікроелементів (залізо, бром, йод, селен, кремнієва кислота). Бальнеологічні курорти поділяються на:

1. Власне бальнеологічні – де мінеральні води використовуються виключно для ванн та інших водних процедур;
2. Бальнео-питні – де вода застосовується також для питного лікування (приклади: Трускавець, Моршин, Поляна).

На території України виокремлюють такі провінції різних видів мінеральних вод:

1. Провінція вуглекислих вод областей молодої магматичної діяльності - Закарпаття:

- води типу нарзан ($HC0_3$, $S0_4$-$HC0_3$, Mg-Ca) з мінералізацією 3-4 г/л;
- води типу боржомі ($HC0_3$-Na) - з мінералізацією до 10 г/л (Поляна Квасова);
- води типу єсентуки (CI-$HC0_3$-Na) - з мінералізацією до 12 г/л (Сойми).

2. Провінція азотних, азотно-метанових і метанових вод артезіанських свердловин, платформ, крайових прогинів і складчастих областей. Мінеральні води циркулюють переважно в місцях пластових відкладень морських осадів (Мойнацьке озеро, Євпаторія).

3. Провінція холодних киснево-азотних та азотних радонових маломінералізованих вод кислих кристалічних порід розташована на території Українського кристалічного щита, який охоплює Рівненську, Житомирську, Вінницьку, Хмельницьку, Київську, Кіровоградську, Дніпропетровську, Черкаську, Запорізьку області.

В Україні серед водних лікувальних ресурсів представлені також термальні мінеральні води температурою близько 40°С, зокрема Мойнацьке озеро та Євпаторія. Вони характеризуються гідрокарбонатно-натрієвим та хлоридно-натрієвим складом. Загальна мінералізація вод є ключовим показником їх терапевтичної цінності: води середньої мінералізації (1–10 г/л) вважаються найціннішими для питного застосування, води високої мінералізації (10–50 г/л) переважно використовують для ванн, а розсоли з мінералізацією понад 50 г/л застосовують виключно для ванн.

Питне використання мінеральних вод показане при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, нирок та порушеннях обміну речовин. При підвищеній секреторній функції шлунка зазвичай застосовують теплі гідрокарбонатні води за 1–2 години до прийому їжі, тоді як при зниженій кислотності – холодні хлоридно-натрієві води за 15–30 хв до їди. Для пацієнтів із захворюваннями печінки та жовчних шляхів переважно рекомендують сульфатно-магнієві води. Питне застосування мінеральних вод нормалізує секреторну функцію шлунка, покращує евакуацію слизу, зменшує катаральні прояви, стимулює жовчовиділення, перистальтику та обмінні процеси. Найбільш відомими бальнео-питними курортами є Трускавець, Моршин, Миргород, Східниця, Шкло, Березовські Мінеральні Води, Поляна та Шаян.

Трускавець – бальнео-питний курорт, розташований у передгір'ї Карпат,

має 11 мінеральних джерел, частина з яких використовується для ванн, частина – для пиття. Найвідоміші джерела: № 1 (Марія), № 2 (Софія) та унікальне джерело Нафтуся, яка має низьку мінералізацію та виражену сечогінну дію. Вода джерел № 1 і 2 – хлоридно-сульфатно-карбонатно-натрієво-кальцієва – ефективна при захворюваннях шлунка. Джерело № 4 (Барбара) дає сульфатно-магнієву воду, з якої отримують сіль «Барбара». Окрім мінеральних вод, на курорті застосовують озокерит.

Моршин – бальнео-питний курорт, де мінеральна вода джерела № 1 (Боніфацій) – хлоридно-сульфатно-натрієво-магнієва, високої мінералізації (~40 г/л), застосовується для пиття після розведення до відповідної концентрації. Після випаровування води отримують так звану моршинську сіль. Вода джерела № 2 (Магдалена) – хлоридно-натрієва (мінералізація 34,3 г/л) – використовується переважно для ванн. На курорті також застосовують торф'яну грязь і озокерит.

Серед бальнеологічних процедур найчастіше використовуються ванни. Вуглекислі ванни сприяють покращенню периферичного кровообігу та вазодилатації. Потрапляючи у кров, CO_2 безпосередньо впливає на дихальний центр, стимулюючи поглиблення дихання та зменшення частоти дихальних рухів. Подразнення шкіри спричинює депонування крові у периферичних судинах, що зменшує навантаження на серце, знижує частоту пульсу та артеріальний тиск, а також підвищує вентиляційну здатність легень. Вуглекислі ванни переважно застосовуються при серцево-судинній патології.

Фізіологічна дія сірководневих ванн проявляється гіперемією шкіри, підвищенням шкірної температури на 0,5- 1 °С, зниженням збудливості нервової системи, інтенсивним впливом на обмін речовин. Сірководневі води використовують при захворюваннях системи кровообігу, атеросклерозі, запальних захворюваннях суглобів, обмінно-дистрофічному артриті, хворобах шкіри (псоріаз, екзема), ураженнях периферичної нервової системи (радикуліт, неврит, невралгія).

Любінь Великий - бальнеологічний курорт із цілорічним сезоном. Розташований він у великому тінистому парку з басейном. Основний лікувальний фактор - мінеральна вода, що належить до газових сірководневих вод типу сульфатно-кальцієвих. Вода придатна лише для ванн, які рекомендовано за наявності хвороб системи кровообігу без вираженої декомпенсації, уражень суглобового апарату різної етіології, ендартеріїту, облітеруючого атеросклерозу, флебіту, радикуліту, міозиту.

Широке застосування отримали радонові мінеральні води. Вони спричинюють посилення функції системи кровообігу, органів кровотворення, підвищують основний обмін, поліпшують вуглеводний та пуриновий обмін. Використання їх рекомендоване в разі неактивної стадії ревматизму, патології нервової системи, при радикуліті, міозиті, хворобах серця (кардіосклероз, вади серця в стадії компенсації).

Грязьові курорти характеризуються використанням лікувальних грязей як основного або додаткового терапевтичного чинника (наприклад, Любінь Великий, Трускавець).

Лікувальні грязі містять біологічно активні речовини, зокрема вітаміни, ферменти, гормони, бактеріофаги, антибіотики та сполуки типу холіну і гістаміну, що забезпечують їх бактеріостатичні властивості.

Показання до грязелікування включають:

- захворювання опорно-рухового апарату;
- ревматичні ураження суглобів (через 6–8 місяців після стихання гострого міокардіального процесу);
- артрит інфекційного походження (бруцельозний – не раніше ніж через 3 місяці після нормалізації температури та стихання гострих проявів; ревматоїдний артрит у хронічній стадії; дегенеративно-дистрофічний поліартрит);
- наявність рубців, спайок, зрощень, інфільтратів, гематом та випотів;
- хронічний радикуліт або після завершення гострого періоду;
- наслідки травм периферичних нервів, спинного мозку та його оболонок;
- наслідки поліомієліту;
- хронічні гінекологічні захворювання.

Серед відомих грязьових курортів:

- Саки (західний Крим, 4 км від Чорного моря) – використовується грязь Сацького озера та ропні ванни;
- Євпаторія (кліматичний та грязьовий приморський курорт) – застосовуються мулові грязі та ропа Мойнацького озера;
- Куяльник (поблизу Одеси) – мулові грязі лиману використовують у формі аплікацій та тампонів.

Медичний відбір на курорти та в санаторії здійснюється лікарем-куратором та завідувачем відділення, а за їх відсутності – головним лікарем лікарні, поліклініки, диспансеру або медико-санітарної частини. Лікарі-куратори відповідають за правильність відбору пацієнтів для санаторно-курортного та амбулаторного лікування.

Обов’язковий перелік медичних обстежень для призначення санаторно-курортного лікування включає клінічні аналізи крові та сечі, а також рентгеноскопію грудної клітки. Для уточнення показань можуть виконуватися додаткові дослідження:

- електрокардіографія при серцевих захворюваннях;
- висновок гінеколога для направлення жінок на курорт;
- висновок психіатра при наявності нервово-психічних розладів***;***
- ***консультації інших спеціалістів при супутніх патологіях.***

Порядок направлення хворого на санаторно-курортне лікування наведено на рис. 5.16.



Рис. 5.16. Порядок направлення хворого на санаторно-курортне лікування
Джерело зображення: https://tourlib.net/statti_ukr/novykova.htm

Лікар-куратор оформлює для пацієнта медичну довідку, необхідну для отримання санаторно-курортної путівки (затверджено наказом МОЗ України від 14.02.2012 № 110). У довідці зазначаються рекомендовані курорти або місцеві санаторії, їх спеціалізація, а також необхідність проходження санаторного або курсового лікування. Пацієнт пред’являє довідку у профспілкову організацію; термін її дії складає 2 місяці.

Після отримання путівки лікар контролює її відповідність рекомендованому закладу та видає пацієнту санаторно-курортну карту, без наявності якої путівка не є дійсною. Для забезпечення належного медичного контролю після завершення курсу лікування пацієнтові видається курортна книжка, у якій фіксуються проведене лікування, отримані результати та рекомендації щодо подальшої терапії і режиму.

Протипоказання до санаторно-курортного лікування наведено на рис. 5.17.



Рис. 5.17. Види протипоказань до санаторно-курортного лікування

Джерело зображення: https://tourlib.net/statti_ukr/novykova.htm

• системні захворювання крові;

• хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;

• паразитарні та інфекційні хвороби;

• психічні хвороби;

• наркоманія;

• кахексія різного походження;

• хронічні захворювання у фазі різкого загострення;

• злоякісні новоутворення (в окремих випадках після радикального лікування в разі задовільного стану можна направляти пацієнтів у місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування);

• патологічна вагітність протягом усього терміну;

• вагітність будь-якого терміну для бальнео- та грязелікування з приводу гінекологічних захворювань, для лікування радоновими ваннами. Не дозволяється направляти жінок, що проживають у рівнинних місцевостях, на гірські курорти, які розташовані на висоті понад 1000 м над рівнем моря;

• після абортів (до першої менструації) та в період лактації;

• гостропрогресуючі форми туберкульозу легень і хронічний туберкульоз у період дисемінації, зі схильністю до кровотеч.

5.10. ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку мільйони людей у всьому світі інфікуються захворюваннями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Ці захворювання належать до одних із найпоширеніших і найсерйозніших інфекційних хвороб, здатних завдавати значної шкоди здоров'ю людини. Рівень поширеності ІПСШ у високорозвинених країнах не суттєво відрізняється від показників у державах із низьким рівнем економічного розвитку і в окремих випадках може перевищувати їх. Інфекції, що передаються статевим шляхом, становлять суттєвий соціально-економічний тягар, оскільки в деяких країнах на їх частку припадає до 17 % економічних втрат, пов'язаних із станом здоров'я населення.

На сьогодні відомо понад 30 захворювань різної етіології, що передаються статевим шляхом. Етіологічними чинниками ІПСШ є:

- **бактерії** (гонорея, сифіліс);
- **віруси** (гострокінцеві кондиломи, ВІЛ/СНІД, герпес);
- **гриби** (Candida albicans, який спричинює кандидоз, відомий як «молочниця»);
- **найпростіші** (трихомоніаз).

Серед ектопаразитів – зовнішніх паразитів, що мешкають на поверхні або в верхніх шарах шкіри та передаються статевим шляхом, – найбільш поширені: лобкова воша (збудник педикульозу) та коростяний кліщ (збудник корости).

ІПСШ класифікують за групами:

1. **Венеричні або «класичні» захворювання**: венеричний лімфогранулематоз, гранульома венерична (донованоз), гонорея, шанкроїд (м'який шанкр), сифіліс;
2. **Інфекції сечостатевих органів («нові» венеричні хвороби)**: гарднерельоз (бактеріальний вагіноз), кандидоз, генітальний герпес, гострокінцеві кондиломи (папіломавірусна інфекція), мікоплазмоз, трихомоніаз, уреаплазмоз, неспецифічний уретрит, урогенітальний шигельоз у гомосексуалістів, цитомегаловірусна інфекція, хламідіоз;
3. **Шкірні ІПСШ**: педикульоз, короста, фтириаз, контагіозний молюск;
4. **Інфекції з переважним ураженням інших органів**: ВІЛ/СНІД, вірусний гепатит В і С, амебіаз, лямбліоз.

Основні заходи профілактики ІПСШ включають:

- уникнення статевих контактів із хворими;
- використання захищених статевих контактів;
- відмову від самолікування.

Ефективним засобом профілактики є презерватив. Для забезпечення його належної ефективності необхідно дотримуватися правил зберігання, правильного надягання та знімання, а також застосовувати його при всіх формах сексуальних контактів, включаючи оральний, вагінальний та анальний. У разі незахищеного контакту рекомендовано провести негайну особисту профілактику, промивши статеві органи антисептичними розчинами (хлоргексидину або мірамістину) протягом перших кількох годин або звернутися до пункту екстреної профілактики.

Медикаментозна профілактика - це введення (прийом) антибактеріальних препаратів з призначення лікаря-дерматовенеролога і обов'язково в його присутності. Це профілактичне лікування, запобігає розвитку нових венеричних захворювань і певних класичних інфекційних хвороб. Можлива медикаментозна профілактика незахищеного статевого контакту протягом декількох днів після статевого акту. Але медикаментозна профілактика — крайній метод для профілактики венеричних хвороб. З деяких причин її не можна проводити часто (регулярно тим більше) і в жодному разі вона не може служити альтернативою презервативу.

У тому випадку, якщо з моменту контакту вже пройшло більше декількох днів, проводити медикаментозну профілактику вже не має сенсу. Потрібно обстежитися у венеролога. Однак для того, щоб провести обстеження на ІПСШ, потрібно буде почекати 3-4 тижні. Відразу ж після статевого контакту не має сенсу обстежитися — все одно результат лабораторних аналізів не буде достовірним з-за того, що багато венеричних захворювання мають інкубаційний період. Потрібно відзначити, що з останньою обставиною зв'язується і відсутність наочних симптомів захворювання в перші кілька днів після інфікування.

У підсумку — форми профілактики інфекційних захворювань, які передаються через статевий акт найрізноманітніші. І виконання головних рекомендацій — регулярне відвідування лікаря-венеролога, постійний статевий партнер, використання презерватива, - зможе гарантувати безпеку в інтимному житті.

5.11. ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. ДО- ТА ПІСЛЯТЕСТОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

ВІЛ-інфекція – це соціально значуща інфекційна патологія, що розвивається внаслідок зараження вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та його тривалої персистенції в лімфоцитах, макрофагах і клітинах нервової тканини. Хвороба характеризується поступовим порушенням функцій імунної, нервової, лімфатичної та інших систем організму. Сучасні уявлення визначають ВІЛ-інфекцію як невиліковне захворювання з хронічним перебігом, яке у разі відсутності ефективної антиретровірусної терапії закінчується летально.

Періоди ВІЛ-інфекції наведено на рис. нижче.

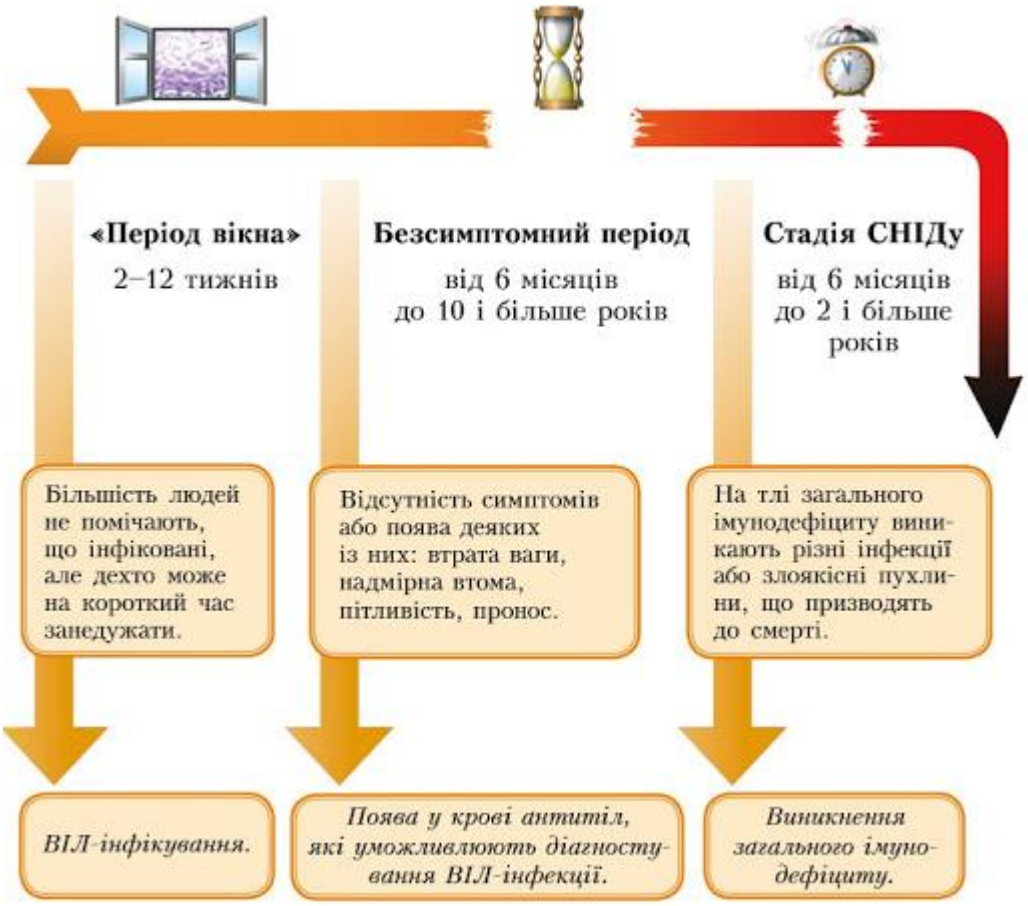


Рис. 5.18. Періоди ВІЛ-інфекції

Джерело зображення: http://multycourse.com.ua/ua/print_page/theme/99

На сьогодні ВІЛ-інфекція поширена на всіх континентах, і її глобальне розповсюдження визначається як пандемія ВІЛ/СНІДу. В Україні спостерігається епідемічний розповсюдження ВІЛ/СНІДу: зареєстровано понад 170 тис. ВІЛ-інфікованих, проте лише третина з них знає про свій ВІЛ-

статус. Загальна кількість осіб, які живуть з ВІЛ в Україні, оцінюється у 377 600.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції спрямована на зменшення ризику інфікування здорових осіб, тоді як **вторинна профілактика** має на меті зниження ймовірності передачі вірусу від інфікованої особи до здорових індивідів. Відомо, що зараження ВІЛ, як і будь-яким іншим інфекційним агентом, можливе лише за наявності трьох умов: джерела інфекції, сприйнятливого контингенту та наявності шляхів і факторів передачі збудника.

Традиційна профілактика інфекційних захворювань передбачає комплекс заходів, спрямованих на три ключові компоненти:

1. **Джерело інфекції.** Класичні підходи передбачають виявлення інфікованих осіб, їх ізоляцію, лікування та виписку з медичного закладу після досягнення клінічного та мікробіологічного одужання. У випадку ВІЛ-інфекції ці заходи втрачають ефективність, оскільки наразі відсутні ліки, здатні повністю елімідувати вірус з організму; сучасна антиретровірусна терапія лише пригнічує реплікацію вірусу, зменшуючи його кількість у крові та біологічних рідинах. Тому виявлення і ізоляція ВІЛ-інфікованих не є профілактично значущими. Крім того, значна частина інфікованих перебуває в латентній (прихованій) стадії, а негативного діагностичного результату, що гарантував би відсутність ВІЛ, не існує. Це унеможливлює ідентифікацію всіх джерел інфекції, роблячи ізоляційні заходи неефективними.

2. **Сприйнятливі контингенти.** Класичні методи передбачають підвищення резистентності організму до збудників шляхом вакцинації, введення специфічних антитіл або профілактичного лікування. Для ВІЛ-інфекції ці стратегії наразі непридатні: вакцини, здатної запобігти зараженню, не розроблено, а антитіла не забезпечують тривалого захисту. Профілактичне лікування (постконтактна профілактика, ПП) застосовується лише у визначених випадках – у медичних працівників після інцидентів контакту з інфікованим матеріалом та у новонароджених від ВІЛ-позитивних матерів – і повинно проводитися у максимально ранні терміни після потенційного інфікування.

3. **Шляхи та фактори передачі.** Основна стратегія передбачає мінімізацію ризикових ситуацій та знешкодження вірусу у біологічному матеріалі, яким відбувається передача. У медичних закладах це забезпечується шляхом дезінфекції інструментарію, обладнання та робочих поверхонь, використання одноразових інструментів, а також засобів індивідуального

захисту (рукавички, маски, окуляри). У побуті та соціальному середовищі профілактика реалізується через практику безпечного сексу з використанням презервативів, безкровний кесарів розтин, заміну грудного молока матері на донорське або штучне вигодовування для запобігання вертикальній передачі вірусу.

Нині за умов відсутності вакцини та ефективних ліків єдиною доступною всім зброєю проти інфікування ВІЛ можуть виступати безпечна поведінка і суворе дотримання санітарно-епідемічного режиму в лікувальних установах. Саме на це спрямована діяльність державних та громадських організацій, які реалізують численні профілактичні проекти, саме на це витрачаються і державні кошти, і кошти міжнародних донорів.

Головними компонентами державних програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції виступають:

- Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків та молоді
- Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини
- Профілактика ВІЛ-інфекції, обумовленої споживанням ін'єкційних наркотиків
- Профілактика ВІЛ-інфекції в секс-індустрії
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед гомосексуальних чоловіків
- Профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок
- Профілактика ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі.

Кожна з форм профілактики ВІЛ-інфекції має специфічні особливості. Профілактика ВІЛ серед підлітків і молоді включає заходи, спрямовані на запобігання зараженню в побутових умовах, статевим шляхом та через ін'єкційне використання наркотичних речовин, навіть у випадках так званого експериментального вживання.

Основою профілактики є забезпечення молодих людей достовірною інформацією щодо ВІЛ/СНІДу та формування практичних навичок самозахисту у потенційно ризикових ситуаціях. Для цього застосовуються різноманітні інформаційні та освітні ресурси: друковані матеріали (книги, буклети, пам'ятки, статті у періодичних виданнях), відеоматеріали, соціальна реклама, включно з телевізійною трансляцією та розповсюдженням на масових заходах і дискотеках, а також проведення лекцій, бесід та зустрічей із фахівцями.

Важливим компонентом профілактичної діяльності є практичні демонстрації, ситуаційні та рольові тренінги, що дозволяють до першого контакту з наркотиками або статевих відносин комплексно підготувати

молодь до ефективного використання засобів зниження ризику інфікування ВІЛ у конкретних життєвих обставинах.



Рис 5.19. Кому рекомедовано тестування на наявність ВІЛ
Джерело зображення: http://multycourse.com.ua/ua

До- та післятестове консультування

Загальні положення консультування при ВІЛ – інфекції

Порядок добровільного консультування (ДКТ) і тестування на ВІЛ-інфекцію визначається Наказом МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р.

Дослідження психологів показали, що відразу після прийому у лікаря пацієнти пам'ятають 90% сказаного лікарем, на інший день - 50%, а через 3 дні - 15%. Це явище можна пояснити як поганим розумінням лікарських приписів, так і небажанням прийняти сам факт захворювання, тобто психологічної захистом пацієнта. У лікарській практиці існує безліч способів зробити так, щоб лікарські приписи були виконані пацієнтом. Традиційною формою лікарської інструкції є рецепт. Лікарі також часто використовують так звані позитивні директиви (вказують, що саме потрібно робити пацієнтові) і негативні директиви (називають те, що йому не слід робити). Існують також такі способи посилення приписів як лікарське навіювання і попередження. Інфекція ВІЛ принесла з собою необхідність пошуку нових ефективних методів профілактики, лікування і подолання наслідків цього захворювання. Одним з таких методів є консультування.

Згідно з визначенням, даним в глобальної програми ВООЗ по боротьбі з Снід (1990) консультування являє собою конфіденційний діалог між звернулися особою і консультантом, який дає можливість звернувся подолати стрес, а також прийняти рішення щодо інфекції ВІЛ. З цього визначення випливає один важливий висновок: консультування є не тільки методом профілактики інфекції ВІЛ, але і методом надання психологічної підтримки всім тим, кого зачіпають проблеми, пов'язані з цим захворюванням. Іншими словами консультування при інфекції ВІЛ дозволяє:

• навчати населення найменш небезпечного поведінки щодо ВІЛ інфекції та інших захворювань, що передаються статевим шляхом;

• індивідуально займатися профілактикою поширення захворювання;

• надавати психологічну підтримку;

• допомагати людям усвідомлювати проблеми, з якими вони реально стикаються;

• допомагати зрозуміти, що люди можуть зробити, щоб послабити вплив проблем на їх життя;

• виявляти наявні ресурси.

Консультування при ВІЛ-інфекції спрямоване на психологічну підтримку пацієнта та формування усвідомлення ним власної відповідальності за зміни способу життя з урахуванням наявного захворювання. Якщо профілактична складова консультативного процесу є звичною і не викликає заперечень у медичних працівників, надання психологічної підтримки часто породжує низку питань щодо її змісту та значення.

Психологічна підтримка передбачає:

- визнання цінності особистості пацієнта незалежно від його здоров’я чи інших характеристик;
- створення атмосфери взаємної зацікавленості, довіри та розуміння під час бесіди.

Вона дозволяє пацієнту подолати тривогу і страх, які можуть обмежувати здатність до сприйняття інформації, прийняття рішень та раціональної поведінки. Крім того, психологічна підтримка сприяє підвищенню самоповаги та зменшенню негативного впливу ВІЛ-інфекції на особистість. Це рідкісна форма втручання, що дозволяє без медикаментозного втручання впливати на самооцінку, уявлення про себе та поведінкові реакції пацієнта.

Консультування також створює можливість безпосередньо впливати на поведінку пацієнта щодо профілактики ВІЛ, здійснюючи превентивні заходи.

Щодо професійного кола осіб, які можуть здійснювати психологічну підтримку, існує помилкова думка, що цим займаються лише психологи або психотерапевти. Насправді лікарі будь-якої спеціальності, взаємодіючи з пацієнтами, невідмінно виконують функції консультування та певною мірою психотерапії. У цьому контексті завданням посібника є підвищення професійної компетентності медичних працівників у сфері консультування.

Ефективне консультування базується на таких принципах:

- кожна людина є цінною і заслуговує на повагу;
- кожна людина здатна відповідати за власні дії;
- кожна людина має право приймати самостійні рішення;
- кожна людина має право вибирати власні цінності та цілі.

Хоча ці принципи мають загальний гуманістичний характер, їх значення стає очевидним на практиці: лікар, чиї установки суперечать ідеології консультування, може втратити контакт із пацієнтом, відчувати психологічний дискомфорт і, відповідно, демонструвати низьку ефективність консультацій. Наприклад, авторитарні схильності лікаря можуть призвести до нав’язування порад, які, навіть маючи добрі наміри, не виконуються пацієнтом. Ефективність консультування значно вища у фахівця, який керується принципом автономності пацієнта, надаючи йому право самостійно приймати рішення.

В умовах роботи з особами, що мають ВІЛ-інфекцію, традиційні стереотипи лікарського мислення, які відводять пацієнту пасивну роль, потребують перегляду. Досвід показує, що ефективне консультування передбачає активне залучення пацієнта та підтримку його здатності до самостійного прийняття рішень.

У деяких випадках бажання взяти на себе всю повноту відповідальності за пацієнта, вирішити проблему за нього, недостатнє врахування його думки і вибору може привести лікаря в ситуацію, яка здається безвихідною. Прикладом може служити випадок з практики, коли фахівцям одного з центрів профілактики і боротьби зі СНІД було доручено скласти докладну інформацію про те, що потрібно робити потерпілому в разі зґвалтування. При роботі над цим матеріалом лікарі зіткнулися з деякими труднощами. Зокрема, для профілактики зараження інфекцією ВІЛ потрібно було рекомендувати видалити сліди насильства і провести обробку, однак для медичного огляду треба було залишити все, як є. При обговоренні ситуації реальний вихід був знайдений в рамках консультування. Право вибору залишається за потерпілим людиною: він може прийняти рішення займатися профілактикою інфекції ВІЛ

або відстоювати свої законні інтереси в судовому порядку. Обов'язок медичного працівника в даній ситуації полягає у наданні всієї необхідної інформації.

Крім загальних принципів потрібно враховувати і деякі конкретні передумови успішної консультативної роботи. Лікарі повинні віддавати собі звіт у власних почуттях і забобонах. Ці переживання можуть заважати лікарям дати об'єктивну оцінку ситуації і, в разі роботи з хворими і вмираючими людьми, здатні викликати депресію і перешкоджати виконання професійних обов'язків і спілкування з іншими людьми. У цьому зв'язку лікар повинен вміти задати собі наступні питання:

• Що я відчуваю по відношенню до людей, які ведуть себе інакше, ніж я? Щодо людей, які живуть з ВІЛ - інфекцією, хворим на СНІД? Відчуваю я страх, сум'яття, гидливість?

• Чи можу я вважати людей з ризикованою поведінкою своїми ближніми, або я дивлюся на них як на гріховні і неморальні створення?

• Чи здатний я зберегти розуміння того, що переді мною знаходиться особистість, володіє гідністю, якщо навіть культурний рівень і спосіб життя цієї людини сильно відрізняються від моїх власних?

• Наскільки я готовий до того, щоб дозволити моїм відвідувачам чинити так, як вони вирішать самі і в кінцевому підсумку самим відповідати за свій добробут?

• Наскільки я хочу впливати, управляти чи панувати над іншими людьми?

• Чи існують в принципі такі категорії людей, до яких я ставлюся настільки несхвально, що не зміг би, мабуть, забезпечити їм професійну допомогу?

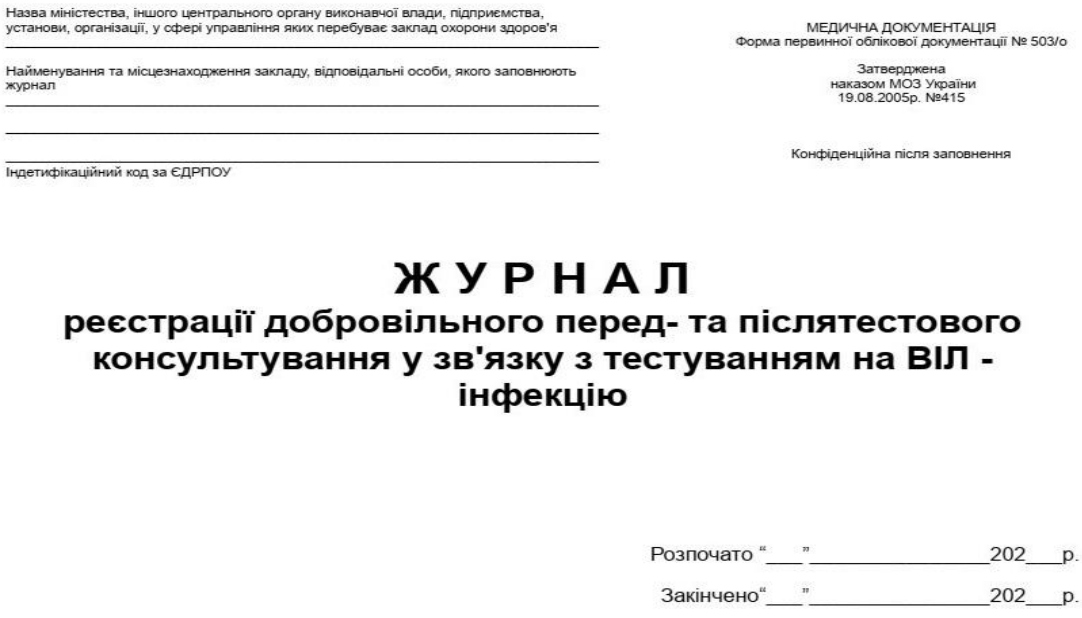
На початковому етапі консультування лікар підкреслює, що всі обговорювані питання мають приватний та конфіденційний характер, і їхня передача третім особам можливе лише за бажанням пацієнта. Такий підхід сприяє зменшенню тривоги відвідувача та створенню довірливого контакту, необхідного для ефективного проведення бесіди.

Необхідною умовою успішного консультування є наявність достатнього часу для встановлення взаєморозуміння та контакту з пацієнтом. Це дозволяє не лише проводити саму консультацію, але й сприяє усвідомленню пацієнтом необхідності зміни поведінки та прийняття відповідальних рішень щодо способу життя у контексті ВІЛ-інфекції. Медичні працівники часто висловлюють сумнів у власній здатності ефективно консультувати через обмеженість часу, що може бути пов’язано як із недостатнім рівнем практичних навичок, так і з опором до зміни усталених професійних

стереотипів. Накопичення досвіду зазвичай сприяє усвідомленню переваг консультування у клінічній практиці та формує вміння оптимально структурувати бесіду, розподіляючи час між первинними та повторними консультаціями.

Не менш важливим є підтримання у пацієнта відчуття доброзичливого та прихильного ставлення лікаря, незалежно від способу життя, сексуальних уподобань, етнічної чи релігійної приналежності відвідувача. Досвідчений фахівець утримується від демонстрації суб'єктивних оцінок щодо індивідуальних особливостей пацієнта. Навіть якщо лікар має негативне ставлення до певних форм поведінки (наприклад, до вживання наркотиків), внесення особистих мотивів у консультування знижує його ефективність і може призвести до професійної неспроможності.

Зразок журналу реєстрації консультування у зв'язку з тестуванням на наявність ВІЛ наведено на рис. 5.20.



Назва міністества, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи, якого заповнюють журнал

Індетифікаційний код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації № 503/о

Затверджена
наказом МОЗ України
19.08.2005р. №415

Конфіденційна після заповнення

Ж У Р Н А Л

реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ - інфекцію

Розпочато "___"_____202___р.

Закінчено"___"_____202___р.

Рис. 5.20. Журнал реєстрації консультування у зв'язку з тестуванням на наявність ВІЛ
Джерело зображення: http://multycourse.com.ua

Інформація, що надається під час консультації, повинна бути послідовною, чіткою та зрозумілою. Досвідчені лікарі рекомендують пацієнтам коротко відтворити основні положення бесіди, що дозволяє впевнитися у правильності сприйняття рекомендацій. Консультація повинна

бути доступною для кожного, хто її потребує, а пацієнт має знати, що може звернутися за повторною зустріччю або зв'язатися з лікарем у будь-який час.

Особливу увагу слід приділяти специфіці сприйняття інформації: фрази, що перевищують 10–13 слів і вимовляються швидше ніж 2,5 слова за секунду, сприймаються складно. Важливу роль відіграють паузи: висловлювання без пауз понад 5–6 секунд стає важким для сприйняття. Емоційне збудження, за винятком співпереживання, також ускладнює засвоєння інформації. Для оптимального сприйняття доцільно періодично повторювати ключові моменти бесіди.

Дотестове консультування

Дотестове консультування – це структурована співбесіда між консультантом та пацієнтом, що проводиться з дотриманням принципів добровільного консультування та тестування (ДКТ) і спрямована на надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної та психологічної підтримки осіб, які вагаються щодо проходження тестування, а також допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тесту на ВІЛ. Консультування може здійснюватися індивідуально або групово.

Групове консультування/інформування застосовується у випадках, коли визначення власного ВІЛ-статусу не є основною метою обстеження (наприклад, особи, які проходять тестування для отримання довідки, донори), за неможливості індивідуального консультування (звернення груп пацієнтів, ув'язнені, донори, масові акції) або при обмеженій кількості консультантів.

Метою дотестового консультування є:

- надання інформації про шляхи передачі ВІЛ, фактори ризику інфікування та методи профілактики;
- роз'яснення профілактики вертикальної передачі ВІЛ (від матері до дитини) для вагітних;
- донесення принципів добровільності та конфіденційності тестування, порядку його проведення та отримання результатів;
- мотивація до індивідуальної консультації та проходження тесту на ВІЛ;
- інформування про наслідки встановлення ВІЛ-статусу, включаючи правові аспекти;
- надання відомостей про можливість отримання психо-соціальної підтримки та медичної допомоги.

Для оцінки індивідуальних ризиків інфікування ВІЛ слід надавати інформацію щодо шляхів передачі, поведінкових ризиків та заходів профілактики з урахуванням складу групи, а також пояснювати наслідки

встановлення власного ВІЛ-статусу для подальшого життя, у тому числі правові аспекти. Осіб, які консультуються, заохочують до самооцінки власного ризику інфікування з урахуванням їхньої поведінки та поведінки сексуальних партнерів.

Після групового консультування кожному учаснику рекомендується пройти **індивідуальну консультацію** перед тестуванням на ВІЛ.

Групи формуються за принципом спільної мети тестування (наприклад, вагітні жінки або особи, які проходять обстеження для отримання довідки). Надана інформація повинна бути адаптована до потреб конкретної групи.

Індивідуальне консультування. Метою індивідуального дотестового консультування є оцінка персонального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Необхідно поінформувати пацієнта: про добровільність та конфіденційність ДКТ і безоплатність останнього; про кримінальну відповідальність медичних працівників за розголошення конфіденційної інформації, відповідно до Кримінального кодексу України; про можливості анонімного консультування та тестування, про можливості присутності сторонніх осіб (у тому числі родичів) під час консультування лише за умови отримання на це згоди пацієнта; про порядок отримання ним результату тесту.

Слід пояснити етапність процедури ДКТ:

1) дотестове консультування;

2) тестування;

3) післятестове консультування (з отриманням результату тестування).

Усім особам, які звернулись за послугами ДКТ, у тому числі тим, хто відмовився від нього, слід надати таку інформацію:

• шляхи передачі ВІЛ;

• активні заходи профілактики ВІЛ-інфекції;

• можливість отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;

• можливість отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба в майбутньому.

Консультант повинен сприяти оцінці пацієнтом індивідуального ризику інфікування ВІЛ, включаючи поведінкові фактори високого ризику, а також тактовно пояснювати підстави для поставлених питань, у тому числі інтимного характеру. Необхідно запевнити пацієнта у конфіденційності отриманої під час консультування інформації та результатів тестування.

У разі виявлення поведінки, що підвищує ризик інфікування ВІЛ, консультант повинен допомогти пацієнту розробити індивідуальний план щодо зниження ризиків та профілактики передачі ВІЛ. Пацієнту надається інформація про відповідні медичні, психологічні, соціальні та юридичні служби, джерела додаткових відомостей і можливості отримання подальших консультацій.

Консультант сприяє усвідомленому прийняттю рішення щодо проходження тестування на ВІЛ. Для цього оцінюється готовність пацієнта до тестування, обговорюються переваги знання власного ВІЛ-статусу та можливі наслідки його встановлення для подальшого життя. При необхідності пацієнту надається час для осмислення обговорених питань. Консультант переконується в правильному розумінні наданої інформації та, за потреби, надає додаткові пояснення, з'ясовує наміри пацієнта щодо проходження тестування.

Пацієнта слід інформувати про процедуру тестування, а також про значення негативного, позитивного та невизначеного (сумнівного) результатів тесту.

Дотестове та посттестове консультування можуть проводитися також із сексуальними партнерами, членами родини, друзями чи колегами за наявності письмової згоди пацієнта. Оптимально, щоб обидва види консультування здійснював один і той самий консультант.

Для проведення тестування обов'язковим є отримання усвідомленої згоди пацієнта. Відмова від дотестового консультування або неможливість його проведення належним чином не є перешкодою для добровільного тестування. У таких випадках робиться винятковий запис про згоду пацієнта на проходження тесту з підписом у відповідній документації (медична картка тощо).

Ефективне дотестове консультування допомагає пацієнту:

• підвищити інформованість щодо питань ВІЛ-інфекції та її профілактики;
• оцінити персональні ризики поведінки щодо інфікування ВІЛ;
• ознайомитися з процедурою тестування;
• отримати інформацію про можливі результати тесту та їх значення;
• прийняти усвідомлене рішення про проходження тестування;
• отримати правову інформацію.

Тестування на ВІЛ дорослих і дітей з неперинатальним шляхом інфікування або у віці після 18 місяців. Інфікування ВІЛ встановлюють на підставі результатів лабораторних досліджень з урахуванням відповідних

епідеміологічних і клінічних даних. Лабораторну діагностику ВІЛ-інфекції дорослих і дітей з неперинатальним шляхом інфікування ВІЛ у будь-якому віці або дітей, народжених ВІЛ-інфікованиими матерями, віком понад 18 місяців здійснюють методом ІФА. У сироватці крові визначають наявність сумарного спектра антитіл до антигенів ВІЛ методом ІФА за допомогою діагностичних тест-систем. Діагностична тест-система дає змогу визначити антитіла до ВІЛ-1 і ВІЛ-2 (до її складу входять природні або рекомбінантні антигени ВІЛ обох типів). Чутливість методу становить 98,5–100% .

Техніка проведення тесту ґрунтується на формуванні імунного комплексу при взаємодії ВІЛ-антитіл, які містяться у досліджуваному зразку сироватки крові, та твердофазного ВІЛ-антигену. За наявності у досліджуваному зразку сироватки крові антитіл до ВІЛ на пластинці тест-системи з'являється рожевий колір. Залежно від інтенсивності забарвлення розцінюють результати як позитивні або сумнівні. Якщо немає рожевого кольору, то це свідчить про негативний результат – у досліджуваному зразку немає антитіл до ВІЛ.

У разі позитивного результату під час первинного тестування методом ІФА цей самий зразок сироватки крові досліджують вдруге. У разі хоча б одного позитивного результату той самий зразок сироватки крові досліджують підтвердними тестами: двома додатковими ІФА тест-системами іншого антигенного препарату (що різняться за складом антигенів) та/або іншого принципу аналізу або імунним блотом (ІБ). Негативний результат двох послідовних ІФА іншими тест-системами свідчить про те, що перший результат був хибно позитивним.

Імунний блот (ІБ) є високоспецифічним методом лабораторного дослідження, який дозволяє ідентифікувати антитіла до окремих білкових компонентів ВІЛ на основі їх молекулярної маси. У процесі електрофорезу на нітроцелюлозній смужці розташовуються вірусні антигени відповідно до молекулярної маси. Смужки інкубуються із сироваткою пацієнта або контрольного зразка. У разі наявності антитіл до ВІЛ у сироватці вони специфічно взаємодіють із відповідними вірусними антигенами на мембрані.

Після інкубації смужки промиваються для видалення вільних або неспецифічно зв'язаних білків. Далі проводять серію реакцій із антиімуноглобуліном G, кон'югованим із біотином, авідином та пероксидазою, що забезпечує візуалізацію вірусних білків. Наявність антитіл до конкретного антигену підтверджується появою забарвленої смужки на ділянці мембрани, де локалізований відповідний антиген у стандартному

контролі: p17, p24, p31, gp41, p51, p55, p66, gp120 та gp160 (перерахування відповідає молекулярній масі у кілодальтонах).

Негативний результат ІБ (відсутність забарвлених смужок) дозволяє вважати позитивні або сумнівні результати ІФА хибнопозитивними. Позитивним результатом ІБ вважається виявлення антитіл до будь-яких двох із трьох основних антигенів ВІЛ: p24, gp41 та gp120 (або gp160). Абсолютним підтвердженням позитивного результату ІФА є наявність на мембрані трьох смужок, що відповідають продуктам різних генів ВІЛ – gag, pol та env.

Виявлення антитіл лише до одного антигену ВІЛ інтерпретується як сумнівний результат. Найчастіше сумнівним вважається наявність антитіл до p24 та p55. У таких випадках дані ІБ порівнюють із клінічною картиною пацієнта, а за необхідності дослідження повторюють через один місяць.

Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом. Метою цього консультування є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання пацієнту необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тесту має обов’язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі повідомлення про результат і післятестового консультування є неприпустимим.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив дотестове. Якщо дотестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з’ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції пацієнт вже володіє.

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ та його результатів, що стали їм відомі у зв’язку з виконанням службових або професійних обов’язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров’я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Цю інформацію не можна повідомляти в державні немедичні або в недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо дотестове консультування проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись там лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Первинне післятестове консультування

1. У разі негативного результату тесту: консультування має включати інформування пацієнта про результат у доступній формі, без використання професійної термінології, з поясненням, що негативний результат свідчить про відсутність інфікування ВІЛ. Водночас важливо акцентувати увагу на необхідності дотримання профілактичних заходів для зменшення ризику інфікування у майбутньому.

Консультант проводить бесіду щодо безпечної поведінки та заходів профілактики, а за потреби направляє пацієнта до відповідних медичних, соціальних або психологічних служб для підтримки змін у ризикованій поведінці.

Якщо пацієнт протягом останніх трьох місяців мав поведінку, пов'язану з високим ризиком інфікування (з урахуванням «серонегативного вікна»), консультант тактовно рекомендує повторне тестування та залучення статевого партнера до обстеження. Спільно з пацієнтом розробляється індивідуальний план зниження ризику, який має бути реалістичним, конкретним і деталізованим, із зазначенням дій, часу, учасників та умов реалізації. План не повинен передбачати радикальні або необґрунтовані зміни способу життя пацієнта.

2. У разі позитивного результату тесту: консультування у цьому випадку є кризовим і спрямоване на психологічну підтримку, допомогу в усвідомленні результату та планування подальших дій. Консультант надає чітку і зрозумілу інформацію про позитивний результат тесту, уникаючи спеціалізованої термінології, та за потреби видає пацієнту документ, що підтверджує результат.

Пацієнту пояснюють, що позитивний результат свідчить про наявність інфікування ВІЛ, але не означає наявність СНІДу чи неминуче розвиток захворювання у короткостроковій перспективі. Консультант оцінює психологічний стан пацієнта, надає підтримку та дозволяє пацієнту висловити свої емоції, дає час для усвідомлення результату та адаптації до життя з ВІЛ.

Основними завданнями післятестового консультування є забезпечення розуміння результату тесту, зниження тривоги та страху, формування мотивації до безпечної поведінки та подальшого залучення пацієнта до медичного спостереження та підтримки.

Під час консультування доцільно встановити, які питання пацієнт хотів би обговорити, запропонувати йому обговорити життя з ВІЛ, можливі наслідки для особистого життя, сімейних і соціальних відносин, а також запитати, хто зможе допомогти пацієнту адаптуватися до життя з ВІЛ. Слід наголосити, що емоційне та фізичне здоров'я і медичне лікування є важливими елементами життя з позитивним ВІЛ-статусом. Порадити пацієнту повідомити про результат тесту лише тим особам, в яких він повністю впевнений. Доцільно обговорити ситуації, коли пацієнт може дотримуватися конфіденційності щодо власного ВІЛ-статусу, а коли повинен розкрити його.

Обов'язково слід поінформувати пацієнта, що в сучасних умовах завдяки лікуванню АРВ-препаратами є можливість трансформувати прогресуючий перебіг ВІЛ-інфекції у хронічний, тим самим подовжити життя ВІЛ-інфікованої людини та поліпшити його якість.

ВІЛ-інфікованому пацієнту необхідно допомогти визначити можливість допомоги і забезпечити доступ до неї. Слід пояснити пацієнту важливість подальшого медичного обстеження і його порядок. При зверненні до медичного працівника ВІЛ-інфікована людина має право не інформувати його про власний результат тесту на ВІЛ, однак це може знизити якість медичної допомоги. Якщо медичний фахівець знатиме про позитивний ВІЛ-статус пацієнта, цю інформацію він враховуватиме при визначенні необхідного обсягу обстеження пацієнта, вирішенні питання про призначення курсу АРТ, хіміопрофілактики туберкульозу, лікування опортуністичних захворювань (кандидозів тощо). Необхідно звернути увагу пацієнта, що при отриманні медичної допомоги, пов'язаної з ушкодженням шкіри та слизових оболонок (хірургічне, стоматологічне або акушерсько-гінекологічне втручання), бажано повідомити лікаря про позитивний ВІЛ-статус, щоб медичні працівники могли уникнути професійного зараження при аварійних ситуаціях під час надання допомоги. Пацієнту доцільно надати інформацію, куди йому потрібно звернутись для поглибленого обстеження, встановлення стадії захворювання та ступеня ВІЛ-асоційованого імунодефіциту і вирішення необхідності та можливості отримання лікування; обстеження на наявність ІПСШ, туберкульозу; отримання консультації щодо планування сім'ї.

Консультант інформує пацієнта про існування груп взаємодопомоги для людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), а також про діяльність соціальних служб, які можуть надати підтримку. Слід з'ясувати, чи зацікавлений пацієнт у обговоренні своєї ситуації з іншими людьми та які аспекти отримання підтримки він вважає найскладнішими.

У разі наявності ризикованої поведінки з пацієнтом розробляють індивідуальний план щодо її корекції. При цьому пацієнту надається друкована інформація про заклади та організації, де можна отримати допомогу, із зазначенням назв, адрес та контактних номерів.

Для оцінки психологічного стану пацієнта консультант запитує про плани його дій після виходу із закладу та обговорює найближчий часовий проміжок (години та добу). За ознак депресії або схильності до суїциду пацієнту надають рекомендації щодо подолання кризового стану (наприклад, інформують про безкоштовні телефони довіри, консультують щодо звернення до психолога чи психіатра). У випадках неадекватної поведінки через нездатність усвідомити та прийняти позитивний ВІЛ-статус забезпечується соціальний супровід до відповідного фахівця.

Відповідно до законодавства України, ВІЛ-інфіковані зобов'язані повідомляти статевих партнерів про можливість інфікування. Консультант уточнює, чи є конкретні партнери, які могли бути інфіковані, та обговорює з пацієнтом шляхи інформування цих осіб і доцільність їх тестування. Одночасно необхідно наголосити на важливості безпечної сексуальної поведінки та використання презервативів.

Пацієнт також отримує інформацію щодо профілактичних заходів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції:

- відмова від донорства крові, тканин та органів;
- використання презервативів під час статевих контактів та інформування партнерів про свій ВІЛ-статус;
- уникання спільного використання предметів особистої гігієни (лез для гоління, зубних щіток, манікюрних інструментів) та медичного інструментарію (шприців, голок, клізм), а також інструментів для татуювань, пірсингу та ін'єкційного вживання наркотиків.

Консультанту доцільно також пояснити пацієнту, що при звичайних побутових контактах із членами сім'ї або колегами ризик передачі ВІЛ відсутній.

Пацієнта інформують про права та обов'язки, соціальний захист ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до положень Закону України "Про запобігання

захворюванню на СНІД та соціальний захист населення” від 3.03.1998 р. № 1551/98-ВР та Кримінального кодексу України.

Консультант пояснює пацієнту, що, відповідно до статті 14 зазначеного закону, ВІЛ-інфікований повинен письмово засвідчити факт отримання інформації про зараження ВІЛ, а також попередити про необхідність дотримання профілактичних заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за свідоме наражання на небезпеку інфікування (або інфікування) іншої особи (осіб), пропонує пацієнту заповнити форму первинної облікової документації № 503-3/о “Попередження особи, інфікованої вірусом імунодефіциту людини”.

Доцільно запропонувати пацієнту при потребі звертатися за подальшими консультаціями та за необхідності домовитися про час наступної зустрічі.

Первинне післятестове консультування. Повідомлення про невизначений (сумнівний) результат. Консультант повинен повідомити пацієнта, що поточний результат тесту на ВІЛ є **невизначеним або сумнівним**. Можливі причини такого результату включають:

- наявність у пацієнта хронічних захворювань (ревматичний артрит, множинний склероз, системний червоний вовчак, цукровий діабет 1-го типу, хвороба Аддісона, анкілозуючий спондиліт, хронічний гепатит, злоякісні захворювання, особливо лімфопроліферативні, тяжкі ниркові патології), що може призводити до утворення неспецифічних антитіл;
- вакцинація проти грипу протягом останніх 30 днів перед тестуванням;
- переливання крові, її компонентів або препаратів (зокрема гамаглобуліну), а також трансплантація органів чи тканин.

Пацієнту доцільно пояснити **можливість перебування у так званій “серонегативній фазі”** — період від моменту інфікування до формування достатньої кількості антитіл до ВІЛ, який триває **1–6 місяців**. У цей час рівень антитіл може бути недостатнім для отримання позитивного результату тесту. Необхідно також надати інформацію щодо **клінічних проявів гострої стадії ВІЛ-інфекції**, яка у 30–40% інфікованих нагадує гостру респіраторну інфекцію і характеризується гарячкою, загальною слабкістю, головним болем, болем у горлі, іноді діареєю, висипанням та збільшенням лімфатичних вузлів. Ці прояви тривають до 12–15 днів і зникають спонтанно.

Пацієнту рекомендується **повторне тестування через 2 тижні або через 2–3 місяці** залежно від рекомендацій лікаря-лаборанта та стану здоров’я. До отримання повторного результату необхідно дотримуватися

заходів безпечної поведінки щодо передачі ВІЛ, включно з утриманням від донорства, відтермінуванням планування вагітності, зменшенням кількості сексуальних партнерів та використанням бар'єрних методів контрацепції. Пацієнту слід надати інформаційні матеріали та контакти державних і комунальних установ, громадських організацій і служб психоемоційної підтримки, а також визначити дату наступної консультації.

Консультування ВІЛ-позитивних вагітних

Тестування на ВІЛ під час вагітності проводиться **за усвідомленою згодою жінки**, відповідно до чинних нормативно-правових актів. Стандартне тестування виконується при взятті на облік вагітної.

- У разі **негативного результату до 12 тижнів вагітності** повторне тестування проводиться на 23-му тижні.
- При **позитивному результаті** призначається медикаментозна профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу.
- У разі **сумнівного результату тесту методом ІФА до 23 тижнів** призначається повторне тестування до отримання остаточного результату.

Якщо вагітна звернулася на облік після 23 тижнів:

- тестування проводиться незалежно від терміну;
- при позитивному результаті повторне тестування не призначається;
- при негативному результаті повторне тестування проводиться через 12 тижнів;
- при зверненні після 30 тижнів повторне обстеження проводиться експрес-методом у пологах.

Дотестове консультування вагітних

Окрім загальних аспектів консультування (принципи діагностики ВІЛ, добровільність, конфіденційність, безоплатність, права пацієнта, значення різних результатів, процедура тестування), слід:

- надати інформацію про вплив ВІЛ на вагітність та ризик вертикальної передачі,
- обговорити методи профілактики інфікування дитини,
- зібрати анамнестичні дані щодо факторів ризику: ризиковані сексуальні практики, ін'єкційне вживання наркотиків пацієнткою або її партнером, переливання крові, трансплантації органів або тканин, перенесені ІПСШ, професійні контакти з кров'ю.

Післятестове консультування при негативному результаті передбачає надання вагітній інформації про шляхи передачі ВІЛ та

профілактику інфікування; про правила безпечної поведінки і можливі способи запобігання зараженню під час вагітності та годування грудьми; про питання збереження репродуктивного здоров'я сім`ї; про терміни повторного обстеження на ВІЛ.

Післятестове консультування при позитивному результаті включає (поряд з питаннями стандартного післятестового консультування) обговорення інформації, пов'язаної з вагітністю. ВІЛ-позитивним жінкам слід дати змогу самостійно вирішити питання щодо збереження або переривання вагітності.

Рекомендовані щеплення для ВІЛ-позитивних людей наведено на рис. нижче.



Рис. 5.21. Рекомендовані щеплення для ВІЛ-позитивних людей

Джерело зображення:

https://centrodaids.itmed.org/article/yaki_shcheplennya_rekomendovani

Пацієнтці необхідно надати повну інформацію щодо **ризику передачі** ВІЛ від матері до дитини та доступних заходів його попередження. Примушування до переривання вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є неприпустимим.

Вагітну слід поінформувати про можливі шляхи вертикальної передачі ВІЛ:

- трансплацентарний (інтраутериновий);
- під час пологів через контакт шкіри та слизових оболонок дитини з кров'ю або іншими біологічними рідинами матері, включно із заковтуванням материнської крові чи рідин;
- висхідне інфікування амніотичної рідини;
- під час інвазивних процедур (амніоцентез, внутрішньоутробні маніпуляції);
- через грудне вигодовування або споживання немовлям зцідженого молока ВІЛ-інфікованої матері.

ВІЛ-інфікована вагітна повинна знати, що природний ризик вертикальної передачі ВІЛ становить до 41%, а за умов проведення ефективних профілактичних заходів (АРВ-профілактика/ВААРТ, планове розродження за допомогою кесаревого розтину, штучне вигодовування) його можна знизити до 0–2%.

Консультант надає інформацію щодо специфічних заходів профілактики (антиретровірусна терапія, планове кесарів розтин, штучне вигодовування) та неспецифічних заходів (підтримка здорового способу життя, регулярне медичне спостереження, виконання призначень лікаря для ведення вагітності та супутніх захворювань).

ВІЛ-інфіковані вагітні підлягають подвійному диспансерному нагляду: у жіночій консультації (акушер-гінеколог) та у лікаря-інфекціоніста або територіальному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Лікар акушер-гінеколог оцінює фактори ризику вагітності та призначає терапію для їх корекції. Лікар-інфекціоніст визначає стадію ВІЛ-інфекції, рівень CD4+-лімфоцитів, вірусне навантаження у динаміці та підбирає схему АРВ-профілактики або ВААРТ, а також оптимальний метод ведення пологів.

ВІЛ-інфекція у вагітних асоціюється з підвищеним ризиком ускладнень: самовільні викидні, затримка розвитку плода, мертвонароджуваність, передчасні пологи, несвоєчасний вилив навколоплідних вод, анемії. Крім того, у ВІЛ-інфікованих жінок вищий ризик анте- та інтранатального інфікування плода іншими патогенами, зокрема TORCH-інфекціями, що обумовлює необхідність своєчасної діагностики та лікування опортуністичних і TORCH-інфекцій.

Пацієнтка повинна бути поінформована про можливість соціальної підтримки (сервісні організації для вагітних та новонароджених) та отримати відповідні інформаційні матеріали.

Консультування при невизначеному ВІЛ-статусі до пологів

У жінок з невідомим ВІЛ-статусом тестування на ВІЛ проводять експрес-методом під час пологів спеціально підготовлені медичні працівники (лікар, медична сестра або лабораторний спеціаліст). Результат тесту слід невідкладно передати лікарю, відповідальному за ведення пологів, для прийняття рішень щодо профілактики вертикальної передачі ВІЛ новонародженому.

Якщо породілля звернулася до пологового стаціонару після пологів або у пологах, їй призначають тестування крові на ВІЛ експрес-методом. У разі отримання двох позитивних результатів проводять медикаментозну профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ відповідно до клінічного протоколу. Результати проведених експрес-тестів у подальшому підтверджують стандартним дослідженням крові на ВІЛ методом ІФА з іншими тест-системами або ІБ.

За умови обстеження в період 35–36 тиж. вагітності або пізніше, під час якого отримано негативний результат, швидкий тест на ВІЛ проводити недоцільно.

Дотестове консультування у пологах включає інформацію про ВІЛ-інфекцію та шляхи її передачі; про необхідність та важливість діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою швидкого тесту для проведення медикаментозної профілактики при позитивному результаті, а також для вибору виду вигодовування дитини. Жінку інформують про її права щодо тестування на ВІЛ, процедуру обстеження швидким тестом, значення позитивного, негативного, сумнівного результату обстеження. Слід наголосити, що остаточний результат обстеження на ВІЛ буде визначений лише після обстеження стандартним методом ІФА.

Післятестове консультування при негативному результаті швидкого тесту включає визначення особистих ризиків інфікування ВІЛ. У разі наявності ризикованої поведінки протягом останніх трьох місяців (вживання ін’єкційних наркотиків тощо), необхідно пояснити, що з урахуванням “серонегативного вікна” результат тесту може не показати наявність ВІЛ-інфікування.

Післятестове консультування при позитивному результаті швидкого тесту включає повідомлення результату, інформування про методи

профілактики інфікування ВІЛ новонародженого (призначення АРВ-препаратів та вибір безпечного виду вигодовування), роз'яснення необхідності подальшого медичного нагляду після пологів, обговорення значення інфікування ВІЛ для самої жінки та її дитини. Необхідно наголосити на проведенні термінового обстеження після пологів у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом для встановлення стадії захворювання та визначення потреби в отриманні АРТ.

Особливості консультування пар. Обов'язковими умовами, що свідчать про спроможність обох партнерів до рівного прийняття рішення щодо звертання за консультуванням і тестуванням на ВІЛ, є відсутність примусу та усвідомлена згода кожного з партнерів на проходження консультування і отримання результатів тесту разом.

Під час консультування кожен партнер повинен мати однакову можливість задавати питання, обговорювати проблеми та з'ясовувати наслідки можливих результатів тестування щодо своїх стосунків, шлюбу, статевого життя, планування сім'ї та планів щодо народження дітей.

Показанням для консультування пар є планування вступу до шлюбу, бажання прийняти усвідомлене рішення щодо народження дитини, потреба

пари у з'ясуванні можливості профілактики передачі ВІЛ неінфікованому партнеру в дискордантній парі (один з партнерів ВІЛ-позитивний, інший – ВІЛ-негативний) та надання допомоги ВІЛ-інфікованому партнеру.

Під час дотестового консультування необхідно:

1. Отримати усвідомлену згоду обох партнерів на проведення консультування та отримання результатів тесту разом, переконатися, що кожен партнер добровільно погодився пройти тестування на ВІЛ (ДКТ) та отримати результати спільно.
2. Надати інформацію щодо шляхів передачі ВІЛ та методів профілактики, приділивши увагу аспектам репродуктивного здоров'я та можливості народження здорових дітей.
3. Детально описати процедуру тестування, механізм отримання результатів, значення позитивного та негативного результату та пояснити можливість перебування у періоді "серонегативного вікна".
4. Обговорити потенційні ризики психологічних, соціальних і медичних наслідків для пари у разі отримання позитивного результату.
5. У разі сумнівів або небажання тестування на даний момент — порадити повторне консультування через визначений проміжок часу.

6. Отримати письмову усвідомлену згоду на проведення тестування та спільне повідомлення результатів. Якщо пара відмовляється від спільного тестування, необхідно отримати індивідуальні письмові згоди від кожного з партнерів.

Післятестове консультування

Після отримання результатів тестування консультант:

1. Підтверджує згоду обох партнерів на отримання результатів разом. У разі відмови одного з партнерів результати повідомляються індивідуально.
2. При негативному результаті обох партнерів:
    - повідомляє результати,
    - інформує про методи профілактики ВІЛ та заходи зниження особистого ризику інфікування (здоровий спосіб життя, безпечна сексуальна поведінка),
    - обговорює фактори ризику та за необхідності складає індивідуальний план зміни ризикованої поведінки для кожного партнера,
    - при потребі направляє пару до соціальних служб, громадських організацій та медичних установ,
    - при показаннях — призначає повторне тестування через 3 місяці.
3. При позитивному результаті одного або обох партнерів:
    - повідомляє результат зрозумілою мовою,
    - обговорює значення результату для кожного партнера окремо та для пари в цілому,
    - надає психологічну підтримку, роз’яснює вплив на сімейні, сексуальні, особисті та соціальні відносини,
    - розробляє план зниження ризикованої поведінки, зокрема щодо безпечного сексу (використання бар’єрних методів),
    - у випадку дискордантної пари або інфікування обох партнерів наголошує на важливості запобігання повторного інфікування та домовленостей щодо контрацептивних засобів.
4. Консультант також оцінює психологічні та соціальні ризики отримання позитивного результату та при необхідності направляє пару до відповідних служб підтримки, соціальних установ та громадських організацій.
5. У разі встановлення ВІЛ-інфекції у одного або обох партнерів надається інформація про необхідність регулярного медичного спостереження,

профілактики опортуністичних інфекцій та проведення антиретровірусної терапії (АРТ).

Обговорюючи питання ВІЛ-інфекції з дискордантною парою, доцільно наголосити на важливості безпечної статевої поведінки для уникнення інфікування іншого партнера, необхідності періодичного обстеження ВІЛ-негативного партнера, вказати на фактори ризику інфікування ВІЛ, важливість підтримки ВІЛ-позитивного партнера ВІЛ-негативним партнером, порекомендувати зустрітись з іншими дискордантними парами ВІЛ-інфікованих людей для психологічної підтримки.

Якщо обидва партнери ВІЛ-інфіковані, можна їм порекомендувати зустрітися для психологічної підтримки з іншими такими парами.

РОЗДІЛ 6
ВЕДЕННЯ ПОШИРЕНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ КЕРІВНИЦТВА MhGAP

Ментальне (психічне) здоров'я доцільно інтерпретувати не лише як відсутність психічних захворювань, а як комплексний, багатовимірний феномен психічного благополуччя, що відображає здатність особистості ефективно адаптуватися до стресогенних чинників, реалізовувати індивідуальний потенціал, здійснювати продуктивну діяльність і брати повноцінну участь у суспільному житті. У цьому розумінні ментальне здоров'я є інтегральною складовою загального здоров'я людини.

Згідно з підходом Всесвітньої організації охорони здоров'я, ментальне здоров'я визначається як стан благополуччя, за якого індивід усвідомлює власні можливості, здатний ефективно долати повсякденні життєві стреси, продуктивно навчатися або працювати та робити значущий внесок у функціонування й розвиток спільноти.

У наукових дослідженнях психічне здоров'я традиційно розглядається переважно в межах медичної моделі як індикатор наявності або відсутності психічних розладів. Водночас поняття ментального здоров'я має ширший, міждисциплінарний характер, оскільки охоплює емоційні, когнітивні та соціальні аспекти благополуччя особистості.

Структура ментального здоров'я включає такі ключові компоненти:

- емоційне благополуччя, що виявляється у здатності до регуляції емоційних станів, адаптації до змін і подолання стресових ситуацій;
- соціальну адаптацію, яка полягає у сформованості навичок встановлення, підтримання та розвитку конструктивних міжособистісних взаємин;
- когнітивне функціонування, що охоплює процеси мислення, прийняття рішень, навчання та критичного аналізу інформації;
- психосоціальну стабільність, яка характеризується внутрішньою рівновагою, усвідомленням власної цінності та наявністю психологічних ресурсів для повноцінного життєздійснення.

6.1. «КЕРІВНИЦТВО MHGAP»: ЦІЛІ, СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ

Цілі Керівництва mhGAP

Головною метою Програми дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я (mhGAP) є скорочення розриву між реальними потребами населення у психіатричній допомозі та фактичним рівнем її надання. До пріоритетних завдань керівництва належать:

- розширення доступності базової допомоги з питань психічного здоров'я на рівні первинної медичної ланки;
- інтеграція послуг з охорони психічного здоров'я у загальну систему медичної допомоги;
- забезпечення медичних і немедичних фахівців науково обґрунтованими рекомендаціями щодо надання допомоги;
- раннє виявлення, лікування та профілактика психічних, неврологічних і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин;
- зменшення рівня стигматизації та дискримінації осіб із психічними порушеннями.

Таким чином, mhGAP спрямоване не лише на вдосконалення клінічних підходів, а й на комплексне соціальне та системне підвищення ефективності надання психіатричної допомоги.

Структура Керівництва mhGAP

Керівництво mhGAP характеризується чітко вибудуваною модульною структурою, що забезпечує його практичну орієнтованість і зручність застосування у професійній діяльності. Документ охоплює такі ключові розділи:

- **загальні засади надання допомоги**, які включають етичні аспекти професійної взаємодії, принципи ефективної комунікації з пацієнтом і членами його родини, а також дотримання прав людини;
- **клінічні модулі**, присвячені окремим нозологічним групам психічних, неврологічних і пов'язаних із уживанням психоактивних речовин розладів (депресивні та тривожні розлади, психотичні стани, епілепсія, порушення розвитку, суїцидальна поведінка тощо);
- **алгоритмізовані схеми прийняття клінічних рішень**, що сприяють оперативній оцінці стану пацієнта та вибору оптимальної тактики втручання;
- **рекомендації щодо лікування й маршрутизації пацієнтів**, які охоплюють фармакологічні та психосоціальні методи допомоги;

- **настанови з подальшого моніторингу та підтримки**, спрямовані на забезпечення безперервності допомоги.

Запропонована структура сприяє уніфікації підходів до надання допомоги та забезпечує їх відповідність сучасним доказово обґрунтованим стандартам.

Особливості застосування Керівництва mhGAP

Однією з ключових особливостей mhGAP є його орієнтація на неспеціалізованих працівників охорони здоров'я, зокрема лікарів первинної ланки, медичних сестер та соціальних працівників. Керівництво адаптоване для використання в умовах обмежених ресурсів і може бути модифіковане з урахуванням національного контексту.

Важливою характеристикою mhGAP є міждисциплінарний підхід, що поєднує медичні, психологічні та соціальні втручання. Особлива увага приділяється:

- культурній чутливості;
- залученню сім'ї та громади;
- безперервності допомоги;
- профілактиці та психоосвіті.

Керівництво також активно використовується в умовах гуманітарних криз, де потреба в психосоціальній підтримці різко зростає.

Програма mhGAP орієнтована на збільшення доступності ефективної, доказово обґрунтованої допомоги для осіб із психічними, неврологічними та пов'язаними з уживанням психоактивних речовин розладами (ПНПР) шляхом інтеграції психіатричних втручань у практику неспеціалізованої медичної допомоги. Особливий акцент у межах програми робиться на країнах із низьким та середнім рівнем доходів, де дефіцит спеціалізованих психіатричних ресурсів є найбільш відчутним.

Керівництво mhGAP використовується:

- як інструмент поетапного розширення доступності послуг у сфері охорони психічного здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях;
- як засіб підвищення професійної компетентності фахівців первинної медичної допомоги та інших спеціалістів, залучених до надання психіатричної й психосоціальної допомоги;
- як методологічна платформа для розроблення, впровадження та оновлення освітніх програм у системі додипломної та післядипломної підготовки медичних кадрів.

Реалізація програми mhGAP в Україні, що здійснюється з 2019 року за сприяння Всесвітньої організації охорони здоров'я, передбачає посилення ролі фахівців первинної ланки охорони здоров'я — передусім сімейних лікарів, лікарів загальної практики, терапевтів і педіатрів — у процесах раннього виявлення, консультування та ведення осіб із порушеннями психічного здоров'я. Така модель сприяє підвищенню доступності психосоціальних послуг для населення, а також оптимізації маршрутизації пацієнтів з метою своєчасного надання адекватної допомоги.

Таким чином, Керівництво mhGAP є науково обґрунтованим нормативно-методичним документом, що регламентує підходи до оцінювання, лікування та ведення психічних, неврологічних і психосоціальних розладів у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я. Документ пропонує інтегрований підхід до менеджменту пріоритетних ПНПР-розладів, заснований на застосуванні стандартизованих алгоритмів клінічного прийняття рішень, спрямованих на підтримку медичних працівників у процесах клінічної оцінки стану пацієнтів, призначення лікування та забезпечення подальшого медико-психосоціального супроводу.

Керівництво mhGAP виступає ефективним інструментом зміцнення системи охорони психічного здоров'я на глобальному та національному рівнях. Його цільові орієнтири спрямовані на подолання нерівності в доступі до допомоги, модульна структура забезпечує зручність практичного використання, а механізми впровадження сприяють інтеграції компонентів психічного здоров'я в первинну медичну допомогу. У результаті реалізація mhGAP сприяє підвищенню якості життя осіб із психічними розладами та зміцненню громадського здоров'я загалом.

6.2. ВИДИ СТРЕСОВИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ТА ЇХ ОСОБЛИВОСТІ

Особливості стресу в умовах воєнного стану

Стрес інтерпретується як неспецифічна психофізіологічна відповідь організму на вплив інтенсивних фізичних або психологічних чинників, а також на ситуації, що становлять загрозу життю, безпеці чи суб'єктивному благополуччю особистості. В умовах воєнного стану зазначені чинники, як правило, мають комбінований і пролонгований характер, що істотно ускладнює процеси психофізіологічної адаптації та підвищує ризик дезадаптивних реакцій.

Механізми формування стресової відповіді є багаторівневими й реалізуються через взаємодію низки регуляторних систем організму, передусім гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Активація цієї нейроендокринної системи запускає каскад біохімічних і гормональних реакцій, що супроводжуються підвищенням секреції катехоламінів, зокрема адреналіну, а також глюкокортикоїдів. Зазначені зрушення суттєво впливають на функціональний стан серцево-судинної системи, метаболічні процеси та енергетичний баланс організму загалом.

За умов тривалого або хронічного впливу стресогенних факторів можливі два базові варіанти реагування: формування адаптаційних механізмів або усунення джерела стресу. Однак у ситуації воєнного конфлікту елімінація стресового чинника здебільшого є недосяжною, у зв'язку з чим населення змушене пристосовуватися до нових соціальних, економічних і психологічних реалій, що передбачає тривалу експозицію до стресових впливів. У цьому контексті особливої актуальності набувають ефективні стратегії подолання стресу, які можуть реалізовуватися як на індивідуальному рівні, так і за участю фахівців у сфері охорони психічного здоров'я.

Адаптація визначається як динамічний процес перебудови функціонування фізіологічних і психічних систем організму у відповідь на дію зовнішніх і внутрішніх чинників з метою підтримання гомеостазу. Цей процес є базовим механізмом забезпечення життєдіяльності, резистентності та виживання як окремого індивіда, так і популяції в цілому.

Класичну концепцію стадій адаптації до шкідливих впливів було сформульовано Гансом Сельє у 1936 році. Запропонована ним модель загального адаптаційного синдрому й донині залишається методологічною основою для аналізу реакцій організму на тривалий стрес, зокрема в умовах екстремальних навантажень воєнного часу.

Стресова ситуація характеризується значними фізичними та психічними навантаженнями, дією інтенсивних або тривалих подразників, що порушують усталений спосіб життя особистості. До таких чинників належать як надмірні стресори (втрата близьких, загроза життю, соціальна нестабільність, переживання несправедливості, міжособистісні конфлікти), так і дефіцитарні умови (сенсорна депривація, соціальна ізоляція, монотонність середовища, обмеження рухової активності, нестача інформації або соціальної підтримки).

Стресові чинники, притаманні екстремальним умовам воєнного стану

До основних стресогенних факторів, характерних для ситуацій з підвищеним рівнем екстремальності, належать:

- постійна або потенційна загроза життю та здоров'ю;
- тривале виконання діяльності в умовах підвищеного психоемоційного напруження;
- хронічне обмеження або фрустрація базових біологічних і соціальних потреб;
- різкі, непередбачувані зміни умов життєдіяльності та професійної діяльності;
- несприятливі екологічні умови;
- обмеження або втрата контактів із близькими та значущими особами;
- сімейні конфлікти та дестабілізація родинних стосунків;
- відсутність можливості впливати на умови власного існування;
- інтенсивні та тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищений рівень відповідальності за прийняті рішення та власні дії.

Ознаки хронічного стресу

Хронічний стрес характеризується сукупністю когнітивних, емоційних, поведінкових і соматичних проявів, що виникають унаслідок тривалого впливу стресогенних факторів та відображають стан виснаження адаптаційних ресурсів організму. До найбільш типових симптомів належать:

- порушення когнітивного функціонування, зокрема зниження здатності до концентрації та підтримання уваги на виконанні завдань;
- зростання кількості помилок у професійній або навчальній діяльності;
- погіршення короткочасної та робочої пам'яті;
- відчуття стійкої фізичної та психічної втоми, що не зникає після відпочинку;
- прискорене, іноді дезорганізоване мовлення;
- епізоди фрагментації мислення, що проявляються у вигляді переривання або «випадіння» думок;
- психосоматичні симптоми, зокрема головний біль, біль у спині, абдомінальний дискомфорт;
- зниження суб'єктивного задоволення професійною діяльністю та зменшення мотивації;
- редукція емоційної гнучкості, у тому числі зниження здатності до гумору;

- посилення залежнісної поведінки, зокрема збільшення тютюнопаління за наявності нікотинової залежності;
- формування або інтенсифікація потягу до вживання алкогольних напоїв;
- порушення харчової поведінки, що можуть проявлятися як гіперфагією, так і зниженням апетиту.

Відмінності між стресовою та травмівною подією

На відміну від стресової ситуації, психотравмувальна подія безпосередньо пов'язана з фактом або реальною загрозою смерті, заподіяння тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства. Така подія формує якісно новий досвід, який не може бути спонтанно інтегрований у наявну систему життєвих уявлень і цінностей особистості та потребує тривалої й складної психологічної переробки.

Клінічні прояви стресової травми частково корелюють із симптоматикою хронічного стресу, однак вирізняються значно вищим ступенем інтенсивності, генералізованістю та глибиною порушень. Зокрема, якщо за умов дистресу індивід змушений частіше залучатися до діяльності, що не відповідає його актуальним потребам або бажанням, то в разі психотравматичного впливу спостерігається глобальне зниження мотиваційної сфери, за якого будь-яка активність здійснюється переважно внаслідок внутрішнього примусу.

Аналогічні відмінності простежуються і в міжособистісній сфері: за дистресу може фіксуватися суб'єктивне незадоволення якістю соціальних та інтимних стосунків, тоді як у разі стресової травми відбувається їх істотна редукція або повна відсутність, що відображає глибину порушень емоційної та соціальної взаємодії.

Нейропсихологічні механізми реакції на стрес і травму

У стані гострого стресу провідна роль у регуляції поведінкових реакцій належить неокортексу, який забезпечує відносно усвідомлену оцінку ситуації, аналіз наявної інформації та прийняття рішень. Натомість за умов психотравматичного впливу спостерігається функціональне домінування філогенетично більш давніх структур центральної нервової системи.

У ситуаціях раптової загрози життю, за яких відсутній часовий ресурс для повноцінної когнітивної обробки стимулів, контроль поведінки здійснюється переважно за участю мигдалеподібного тіла. Активація цієї структури зумовлює формування швидких, автоматизованих захисних реакцій, що мають адаптивний характер у контексті виживання, проте

відзначаються низьким рівнем усвідомлення та обмеженою когнітивною інтеграцією.

Особливості переживання травмівних ситуацій

Індивідуальні особливості переживання травмівних подій зумовлюються сукупністю кількох чинників, а саме:

- характером і тривалістю травмівної події;
- індивідуально-психологічними особливостями постраждалої особи;
- особливостями соціального контексту, зокрема наявністю або відсутністю соціальної підтримки.

Ключовою характеристикою травмівної ситуації є експозиція до смерті або загрози фізичній цілісності, що може включати:

- перебування в умовах, що безпосередньо загрожують життю та здоров'ю;
- отримання поранень, контузій, інших фізичних ушкоджень;
- переживання важких або болісних медичних процедур;
- загибель або смерть близьких людей чи цивільного населення;
- спостереження сцен смерті, поранень та людських страждань;
- випадки самогубств і вбивств;
- умисні насильницькі дії;
- у контексті війни — інтенсивність бойових дій та безпосередня участь у них;
- спостереження раптової або безглуздої смерті;
- втрата близької або значущої особи;
- наявність тяжких, потенційно смертельних захворювань;
- непередбачуваність і неконтрольованість подій;
- сексуальна віктимізація;
- травматичні впливи значної тривалості або високої повторюваності.

Політравма та монотравма як різновиди психотравматичного впливу

Політравма трактується як різновид психічної травматизації, що формується внаслідок повторюваного або тривалого впливу травмівних чинників. До таких чинників належать серії екстремальних подій (зокрема систематичні обстріли), а також пролонговані фруструвальні ситуації, зокрема перебування в умовах ізоляції, позбавлення волі чи полону.

Монотравма, натомість, виникає як наслідок одноразової, раптової події, яка становить безпосередню загрозу життю або фізичній цілісності особи та характеризується високою інтенсивністю психотравматичного впливу.

Чинники, які необхідно враховувати під час надання першої психологічної допомоги в умовах воєнного конфлікту

Під час надання першої психологічної допомоги особам, які зазнали впливу воєнних дій, доцільно враховувати сукупність чинників, що визначають специфіку психічного реагування в екстремальних умовах:

- **раптовість події** — чим менш передбачуваною є психотравмувальна ситуація, тим вираженішим є її дезорганізуючий вплив на психічну діяльність;
- **тривалість перебування в умовах небезпеки** — зі збільшенням часу експозиції до екстремальних чинників зростає психофізіологічне виснаження; симптоми дезадаптації (порушення сну, підвищена втомлюваність, дратівливість, зниження концентрації уваги, соматичні скарги) мають тенденцію до поступового наростання;
- **частота та непередбачуваність змін середовища** — екстремальні ситуації супроводжуються різкими, інколи повторюваними трансформаціями умов життєдіяльності, що обмежує можливості психіки до своєчасної когнітивної обробки інформації, критично важливої для виживання;
- **масштаб і характер руйнувань** — значні пошкодження інфраструктури та катастрофічні наслідки бойових дій чинять потужний психотравматичний вплив на безпосередніх очевидців; водночас оперативна ліквідація наслідків, згідно з даними міжнародного досвіду, може сприяти відновленню відчуття контролю та формуванню колективної психологічної стійкості;
- **втрата контролю над життєдіяльністю** — в умовах екстремального стресу індивід часто позбавлений можливості впливати на перебіг подій і регулювати базові аспекти повсякденного функціонування (сон, харчування, відпочинок), що за тривалого впливу може призводити до формування феномену набутої безпомічності;
- **переживання втрат і горя** — вимушена розлука з родиною, руйнування звичного способу життя, втрата роботи, загибель близьких осіб і постійне очікування подальших втрат істотно підвищують рівень психологічного дистресу;
- **моральна невизначеність** — особливо складними є ситуації, що вимагають ухвалення рішень із потенційно значущими моральними наслідками для самого індивіда та інших осіб;
- **особливості поведінки під час травмувальної події** — дії або бездіяльність особи в екстремальних умовах можуть у подальшому негативно

впливати на самооцінку та виступати чинником формування тривалого почуття провини або самозвинувачення.

Посттравматичний кризовий стан

У осіб, які зазнають хронічного стресу, посттравматичних стресових розладів або супутніх психічних порушень унаслідок пережитих травмівних подій, може формуватися посттравматичний кризовий стан. Для нього характерні:

- підвищений рівень психоемоційного напруження та тривоги різного ступеня інтенсивності;
- стійка фіксація на психотравматичному досвіді;
- переживання безпомічності та безнадії;
- негативна, песимістична оцінка власної особистості, поточної ситуації та перспектив майбутнього;
- труднощі у плануванні діяльності та прийнятті рішень.

У пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) відзначається значне порушення базового відчуття безпеки, що може періодично призводити до гострих емоційних і поведінкових реакцій. Такі стани супроводжуються інтенсивною мобілізацією психічних ресурсів для подолання суб'єктивно непереборних труднощів і поєднуються з підвищеною тривожністю, відчуттям безпорадності, гнівом, емоційною збудливістю та порушеннями саморегуляції поведінки.

Тривалий перебіг посттравматичного кризового стану може зумовлювати соціальну дезадаптацію, розвиток невротичних і психосоматичних розладів, а також підвищувати ризик небезпечних для психічного здоров'я форм поведінки, що підкреслює необхідність своєчасного фахового втручання.

Принципи та алгоритми надання невідкладної психологічної допомоги в умовах стресових і психотравматичних ситуацій

Перша психологічна допомога

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, перша психологічна допомога являє собою комплекс психологічних та практично орієнтованих заходів підтримки, спрямованих на осіб, які зазнають страждань або мають актуальні незадоволені потреби внаслідок кризових чи надзвичайних ситуацій.

Найбільшу потребу в такому виді допомоги мають особи, що перебувають у стані гострої психоемоційної кризи, а також ті, хто безпосередньо переживає або щойно пережив психотравматичну подію.

Основною метою першої психологічної допомоги є зменшення рівня дистресу, відновлення базового відчуття безпеки та створення умов для подальшої стабілізації психічного стану.

Основні принципи надання першої психологічної допомоги

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, надання першої психологічної допомоги ґрунтується на дотриманні низки базових принципів:

1. **Забезпечення безпеки, збереження гідності та повага до прав людини** — усі втручання мають здійснюватися з урахуванням фізичної й психологічної безпеки постраждалих осіб, без застосування примусу, стигматизації чи будь-яких форм дискримінації.

2. **Культурна чутливість та адаптивність допомоги** — заходи психологічної підтримки повинні відповідати культурним, релігійним і соціальним особливостям цільової групи з урахуванням локального контексту.

3. **Орієнтація в контексті надзвичайної ситуації** — фахівець, який надає допомогу, має володіти інформацією щодо інших заходів реагування в умовах кризової або надзвичайної ситуації з метою забезпечення координації та узгодженості дій.

4. **Збереження професійного ресурсу фахівця** — особи, залучені до надання допомоги, повинні дотримуватися принципів професійної саморегуляції, піклуватися про власний психоемоційний стан і запобігати розвитку емоційного вигорання.

Характерні особливості першої психологічної допомоги

Перша психологічна допомога має низку специфічних характеристик, які відрізняють її від інших форм психологічного втручання, а саме:

- короткотривалість і чітку часову обмеженість;
- невідкладний характер, зумовлений необхідністю оперативного реагування на гострі стани;
- надання безпосередньо в місці події або в його безпосередній близькості;
- прогнозованість результатів, орієнтованих на первинну стабілізацію психоемоційного стану;
- чітку цільову спрямованість на досягнення конкретних, практично значущих результатів.

Основні завдання першої психологічної допомоги

Заходи першої психологічної допомоги спрямовані на:

- попередження подальшої психічної травматизації;

- стабілізацію психоемоційного стану постраждалої особи;
- первинну ідентифікацію актуальних потреб і наявних проблем;
- сприяння задоволенню базових фізіологічних потреб (забезпечення доступу до води, їжі, умов для сну та відпочинку);
- надання зрозумілої, достовірної та актуальної інформації щодо ситуації та можливих стратегій відновлення функціонування;
- підтримку у відновленні або налагодженні контакту з близькими, членами родини чи соціальними мережами, здатними надати емоційну та практичну допомогу;
- інформування про доступні медичні, психологічні та соціальні служби, корисні як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

Екстрена психологічна допомога

Екстрена психологічна допомога визначається як сукупність короткотривалих, цілеспрямованих психологічних втручань, що здійснюються щодо осіб, які зазнали впливу травматичних подій, безпосередньо під час або в найближчий період після їх виникнення, в умовах екстремальної або надзвичайної ситуації. Зазначений термін найчастіше використовується для характеристики психологічного супроводу, що здійснюється фахівцями аварійно-рятувальних служб у зонах катастроф, бойових дій чи інших надзвичайних подій.

Метою екстреної психологічної допомоги є оперативне зниження інтенсивності гострих стресових реакцій, стабілізація психоемоційного стану постраждалих та попередження розвитку віддалених психічних порушень.

Основні принципи екстреної психологічної допомоги

1. Принцип невідкладності. Психологічне втручання має здійснюватися якомога швидше з урахуванням конкретних обставин ситуації. Своєчасне надання адекватної підтримки у період гострої стресової реакції значно підвищує ймовірність успішної психологічної адаптації до травматичного досвіду та знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і супутніх психічних порушень, включно з депресивними, тривожними, поведінковими розладами та залежностями. Відстрочка надання допомоги асоціюється з підвищенням ризику хронізації патологічних станів.

2. Принцип наближеності допомоги до місця події. Екстрена психологічна допомога повинна надаватися у максимально наближених до звичного середовища постраждалого умовах. Це сприяє зменшенню дезадаптивних наслідків примусової ізоляції або госпіталізації та полегшує процес стабілізації психоемоційного стану.

3. Принцип очікування відновлення нормального функціонування. Комунікація з постраждалими повинна базуватися на визнанні збереженої психологічної цілісності особистості. Важливо підтримувати переконання про тимчасовий характер гострих реакцій і можливість відновлення психічної рівноваги.

4. Принцип цілісності та простоти втручань. Алгоритм екстреної психологічної допомоги має бути структурованим і стандартизованим, включати усунення постраждалого від джерела травмувального впливу, забезпечення базових фізіологічних потреб (вода, їжа, відпочинок), створення безпечного середовища та надання можливості для висловлення емоцій.

5. Принцип спрямованості на провідні симптоми. Втручання має бути орієнтоване на своєчасне зменшення або купірування найбільш виражених проявів гострої стресової реакції (збудження, агресія, плач, істеричні реакції, шокові стани), які перешкоджають адекватному функціонуванню особи. У разі необхідності подальша поглиблена психологічна або психотерапевтична допомога надається кваліфікованими фахівцями у безпечних умовах.

Втручання в кризу (кризова інтервенція)

Кризова інтервенція визначається як форма невідкладної психологічної та психотерапевтичної допомоги, спрямованої на стабілізацію психічного стану особи, яка перебуває в кризовій ситуації. Зазначені втручання здійснюються фахівцями у сфері психічного здоров’я або спеціально підготовленими волонтерами.

Кризовий стан — це психічний або психологічний стан, що виникає внаслідок пережитої психотравматичної події або за умов загрози її виникнення. Кризовий стан може формуватися як у контексті екстремальних ситуацій, так і в повсякденному житті під впливом значущих стресових подій.

Принципи кризової інтервенції

До основних принципів кризової інтервенції належать:

- короткотривалість психологічного втручання;
- невідкладність надання допомоги;
- встановлення емпатійного, підтримувального контакту;
- високий рівень активності фахівця, який надає допомогу;
- чітке обмеження терапевтичних цілей;
- орієнтація на реалістичні та досяжні результати;
- фокусування на провідній проблемі або актуальній симптоматиці.

Інтенсивна опіка як метод кризового втручання

Інтенсивна опіка розглядається як форма кризового психологічного втручання, спрямована на попередження психічної декомпенсації та відновлення функціонального стану постраждалої особи до рівня, за якого вона здатна мобілізувати власні внутрішні та зовнішні ресурси для подолання актуальної кризової ситуації.

Основні компоненти інтенсивної опіки

1. Тимчасова делегація відповідальності. Передбачає передачу на обмежений період частини життєвих або соціальних обов'язків іншим особам відповідно до конкретних обставин. Постраждала особа має бути поінформована про такі заходи з метою зниження навантаження та запобігання відчуттю перевантаженості.

2. Сприяння у вирішенні невідкладних завдань. Реалізується шляхом залучення значущого соціального оточення — членів родини, друзів, колег, соціальних працівників, представників громадських або волонтерських організацій — для допомоги у вирішенні актуальних практичних проблем.

3. Усунення з джерела стресу та забезпечення безпечного середовища. Передбачає тимчасове переміщення постраждалої особи з травмівного або небезпечного середовища до стабільних і безпечних умов, зокрема через госпіталізацію або організацію тимчасового проживання у родичів чи знайомих.

4. Зниження рівня психоемоційного збудження та дистресу. Досягається шляхом застосування психологічних методів регуляції емоційного стану. У разі недостатньої ефективності може розглядатися доцільність використання психотропних препаратів, зокрема для нормалізації сну, відповідно до медичних показань.

5. Емоційна підтримка та формування надії. Передбачає демонстрацію турботи, тепла та уваги, а також сприяння відновленню віри постраждалої особи у можливість подолання кризової ситуації та перспективу позитивних змін.

6. Відновлення міжособистісної комунікації. Спрямоване на налагодження або відновлення адекватних форм взаємодії з соціальним оточенням, що виступає ключовим чинником психологічної стабілізації та забезпечення соціальної підтримки.

6.3. ДЕПРЕСІЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ: ОЗНАКИ, СТАДІЇ ТА ШЛЯХИ ДОПОМОГИ

Війна є масштабною кризовою подією, що чинить комплексний вплив не лише на фізичну безпеку населення, а й на його психічне благополуччя. Тривале перебування в умовах загрози життю, систематичні повітряні тривоги, втрата близьких осіб і житла, вимушене переміщення, соціальна нестабільність та невизначеність перспектив формують значне та пролонговане емоційне навантаження.

Одним із найбільш поширених психологічних наслідків воєнних дій є депресивні розлади. Вони можуть розвиватися поступово, мати латентний початок і нерідко інтерпретуються як нормативна реакція на травматичні обставини. Водночас депресія є клінічно значущим станом, який потребує своєчасної діагностики, належної уваги та професійної підтримки.

Депресивні симптоми можуть спостерігатися у різних категорій населення, зокрема:

- цивільних осіб;
- внутрішньо переміщених осіб;
- військовослужбовців;
- дітей, підлітків та осіб похилого віку.

Рання ідентифікація депресивних проявів і надання відповідної допомоги суттєво зменшують ризик розвитку ускладнень та сприяють збереженню психічного здоров’я.

- **Клінічні прояви депресії в умовах воєнного часу**

Депресія, що формується в контексті війни, має специфічні особливості. Часто індивід змушений мобілізувати внутрішні ресурси для адаптації до екстремальних умов, ігноруючи власний емоційний стан, що ускладнює своєчасне виявлення психічних порушень.

Емоційні прояви:

- стійкий пригнічений настрій;
- відчуття внутрішньої спустошеності або емоційного оніміння;
- ангедонія (втрата здатності відчувати задоволення);
- песимістичне сприйняття майбутнього, відчуття безнадії.

Поведінкові та когнітивні прояви:

- зниження інтересу до раніше значущих видів діяльності;
- порушення концентрації уваги та пам’яті;
- уповільнення мисленнєвих процесів, труднощі у прийнятті рішень;

- соціальна ізоляція, уникання міжособистісної взаємодії.

Соматичні (фізіологічні) прояви:

- підвищена втомлюваність, астенія;
- розлади сну (інсомнія або гіперсомнія);
- зміни апетиту;
- зниження працездатності.

Увага! Якщо зазначені симптоми зберігаються протягом кількох тижнів або довше та суттєво порушують повсякденне функціонування особи, це може свідчити про наявність депресивного розладу й потребує звернення до фахівця у сфері психічного здоров'я.

Стадії розвитку депресивних станів

Розуміння поетапної динаміки формування депресивних розладів сприяє їх ранній ідентифікації та вибору адекватних стратегій психологічної і медичної допомоги.

1. Стадія гострої стресової реакції. На початковому етапі спостерігаються:

- інтенсивний страх і підвищена тривожність;
- емоційний шок;
- психічне напруження та дратівливість.

Зазначені прояви є типовою реакцією психіки на травматичні події та не в усіх випадках трансформуються у депресивний розлад.

2. Стадія хронічного психоемоційного виснаження. За умов тривалого впливу стресових чинників і відсутності можливостей для відновлення формується стан виснаження, який характеризується:

- апатією;
- зниженням енергетичного потенціалу;
- емоційною байдужістю до подій;
- симптомами емоційного вигорання.

3. Стадія стійкого депресивного стану. Цей етап відзначається:

- вираженим і тривалим зниженням настрою;
- знеціненням власних можливостей;
- відчуттям безперспективності;
- зниженням життєвої та професійної мотивації.

На цій стадії особливої ваги набуває своєчасне професійне втручання.

Напрями допомоги та психосоціальної підтримки

1. Психологічна та психотерапевтична допомога
Фахова підтримка психолога чи психотерапевта спрямована на:

- безпечне опрацювання травматичного досвіду та складних емоцій;
- зниження рівня тривожності й психічного напруження;
- формування навичок емоційної саморегуляції;
- відновлення суб'єктивного відчуття контролю над життєвими обставинами.

Допомога може здійснюватися в індивідуальному або груповому форматі, очно чи дистанційно.

2. Соціально-емоційна підтримка з боку близького оточення. Підтримка значущих осіб є важливим ресурсом у кризових умовах і передбачає:

- активне слухання без критики та знецінення;
- прийняття емоційних переживань;
- постійну готовність до емоційної присутності.

Навіть короткотривала взаємодія та прояв небайдужості можуть мати терапевтичний ефект.

3. Дотримання режиму та самодогляд. У межах стабілізаційних заходів доцільно:

- підтримувати регулярний режим сну;
- забезпечувати збалансоване харчування;
- включати помірну фізичну активність;
- планувати періоди відпочинку.

Структурована повсякденна діяльність сприяє формуванню відчуття передбачуваності та безпеки.

4. Регуляція інформаційного навантаження. Надмірне споживання новин може посилювати тривожність і почуття безнадії. Рекомендується:

- обмежувати час взаємодії з інформаційними ресурсами;
- користуватися перевіреними джерелами;
- практикувати інформаційні паузи.

5. Звернення по спеціалізовану допомогу. У разі погіршення психічного стану необхідним є звернення до:

- медичних установ;
- служб психічного здоров'я;
- кризових центрів та гарячих ліній психологічної підтримки.

Своєчасне втручання є ключовим чинником ефективного відновлення.

Форми депресивних і пов'язаних із ними розладів у період воєнних дій

У контексті воєнного стресу можуть розвиватися різні психічні розлади депресивного спектра, зокрема:

1. Мажорний депресивний розлад — клінічно виражений стан, що включає комплекс емоційних, когнітивних і соматичних симптомів, які тривають не менше двох тижнів та суттєво порушують повсякденне функціонування особи.

2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — психічний розлад, що виникає після переживання бойових дій або інших екстремальних подій та характеризується нав'язливими спогадами, повторним переживанням травматичного досвіду, нічними кошмарами, підвищеною збудливістю та тривожністю.

3. Біполярний афективний розлад — хронічне психічне захворювання з чергуванням депресивних фаз і періодів підвищеного настрою та активності (маніакальних або гіпоманіакальних епізодів), перебіг якого може ускладнюватися або загострюватися під впливом стресових чинників воєнного середовища.

Принципи терапії депресивних розладів

Сучасні стратегії лікування депресії базуються на інтеграції фармакологічних і психотерапевтичних підходів. Вибір терапевтичної тактики визначається нозологічною формою розладу, ступенем його тяжкості, тривалістю перебігу та індивідуальними клінічними характеристиками пацієнта.

- Легкі депресивні епізоди переважно коригуються за допомогою психотерапевтичних втручань без обов'язкового призначення медикаментів.
- Депресія помірного ступеня тяжкості потребує комбінованого підходу — поєднання психотерапії та фармакотерапії (зокрема антидепресантів).
- Тяжкі депресивні розлади зазвичай вимагають первинної фармакологічної стабілізації стану з подальшим підключенням психотерапевтичної роботи.

У резистентних або клінічно складних випадках можуть застосовуватися додаткові методи, зокрема нейромодуляційні технології (наприклад, транскраніальна магнітна стимуляція).

Нейробіологічні основи депресії

Згідно з сучасними науковими уявленнями, одним із ключових патогенетичних механізмів депресії є дисрегуляція нейрохімічних процесів у центральній нервовій системі, насамперед порушення балансу нейромедіаторів.

Нейромедіатори — це біологічно активні речовини, що забезпечують передачу сигналів між нейронами. У формуванні депресивної симптоматики особливу роль відіграють:

- серотонін — регулятор настрою та емоційної стабільності;
- дофамін — медіатор мотивації, системи винагороди та відчуття задоволення;
- норадреналін — нейромедіатор, що підтримує рівень енергії, уваги та психічної активності;
- мелатонін — гормон, синтезований із серотоніну, який регулює циркадні ритми та сон.

Відповідно до міжнародних діагностичних критеріїв, базові симптоми депресії пов'язані з дисфункцією зазначених нейротрансмітерних систем:

1. знижений настрій — переважно асоційований із порушенням серотонінергічної регуляції;
2. ангедонія — пов'язана з дофамінергічною дисфункцією;
3. зниження енергетичного потенціалу та підвищена втомлюваність — зумовлені змінами в норадреналіновій системі.

Фармакотерапія депресії

Антидепресанти є основною фармакологічною групою препаратів, що застосовуються для лікування депресивних розладів. Їх дія спрямована на відновлення нейромедіаторного балансу.

Серед основних груп антидепресантів виділяють:

- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС);
- інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН);
- препарати з впливом на дофамінергічну та норадреналінергічну системи;
- антидепресанти з мультимодальним або іншими механізмами дії.

Найчастіше в клінічній практиці застосовуються СІЗЗС, що характеризуються відносною селективністю дії та сприятливим профілем переносимості.

Базовий принцип фармакотерапії полягає у таргетному впливі на конкретні нейротрансмітерні системи з мінімізацією неспецифічних ефектів. З огляду на взаємопов'язаність серотонінергічної, дофамінергічної та норадреналінергічної систем, модифікація однієї з них може сприяти загальному відновленню нейрохімічної рівноваги.

У разі недостатньої ефективності монотерапії можливе застосування комбінованих схем лікування.

Тривалість лікування та підтримувальна терапія

Депресія належить до функціональних психічних розладів, при яких первинно порушуються регуляторні механізми, а не структурна цілісність органів. Однак за хронічного перебігу можуть виникати морфофункціональні зміни в окремих структурах мозку, зокрема в гіпокампі, що бере участь у регуляції емоційних реакцій і процесів пам'яті.

За умови своєчасної та адекватної терапії ці зміни можуть мати частково зворотний характер. Мінімальна тривалість основного курсу антидепресивного лікування становить 3–9 місяців (у середньому близько 6 місяців). Після досягнення клінічної ремісії рекомендована підтримувальна терапія тривалістю 6–12 місяців, зазвичай із застосуванням того самого препарату.

Психотерапія в лікуванні депресії

Найбільш ефективною вважається комбінована модель лікування, що поєднує фармакотерапію та психотерапію. Психотерапевтичне втручання спрямоване на корекцію емоційних порушень, міжособистісних труднощів і психологічних чинників, які підтримують або зумовлюють розвиток депресії.

До методів із доведеною ефективністю належать:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- інтерперсональна терапія.

Ці підходи відповідають принципам доказової медицини, оскільки їх результативність підтверджена клінічними дослідженнями. Також у клінічній практиці може застосовуватися психодинамічна терапія, що ґрунтується на психоаналітичній теорії та орієнтована на опрацювання внутрішніх конфліктів і глибинних психологічних механізмів формування симптоматики.

6.4. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОГО СТАНУ (ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, РОЗЛАД АДАПТАЦІЇ, ТРИВАЛИЙ РОЗЛАД ГОРЯ)

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад є самостійною нозологічною одиницею у структурі психічних розладів, що розвивається внаслідок прямого або опосередкованого впливу надзвичайно інтенсивної психотравмувальної події чи їх сукупності.

Клінічна картина ПТСР визначається наявністю нав'язливих, мимовільних спогадів про травматичний досвід, виражених емоційних і вегетативних реакцій на стимули, асоційовані з травмою, а також стійкої поведінкової тенденції до їх уникнення. Розлад супроводжується негативними змінами когнітивної сфери та афективного стану.

Симптоматика ПТСР структурується у чотири основні кластери:

1. симптоми вторгнення (інтрузії);
2. симптоми уникнення;
3. негативні зміни пізнання та настрою;
4. порушення збудження та реактивності.

Етіологія, клінічні форми та наслідки ПТСР

ПТСР виникає під впливом екстремальних стресових чинників, що становлять загрозу життю або фізичній чи психологічній цілісності особи чи інших людей. До провідних етіологічних факторів належать воєнні дії, збройні конфлікти, акти насильства, дорожньо-транспортні пригоди, техногенні аварії, природні катастрофи, а також тривале перебування в умовах хронічного стресу.

Імовірність розвитку розладу визначається не лише характером і масштабом травматичної події, а й індивідуальними психологічними, біологічними та соціальними чинниками. Серед них — попередній психічний стан, рівень соціальної підтримки, наявність адаптивних копінг-стратегій і особливості нейробіологічної реактивності.

У клінічній практиці виділяють такі **форми ПТСР:**

- гостра форма — симптоматика з'являється упродовж перших тижнів після травми;
- хронічна форма — характеризується тривалим, персистентним перебігом;
- відстрочена форма — клінічні прояви виникають через кілька місяців або років після травматичного впливу.

Часто спостерігаються коморбідні стани, зокрема депресивні та тривожні розлади, а також розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин.

Наслідки ПТСР мають комплексний характер і охоплюють психічну, соматичну та соціальну сфери. До них належать зниження якості життя, порушення міжособистісної взаємодії, професійної реалізації та соціальної адаптації, а також підвищений ризик формування супутніх психічних і психосоматичних розладів. За відсутності своєчасного втручання ПТСР може

набувати хронічного перебігу та призводити до стійкої психосоціальної дезадаптації.

Клінічні різновиди ПТСР

У сучасних наукових підходах розрізняють кілька клінічних варіантів ПТСР:

- Гострий ПТСР — формується у перші дні після психотравмувальної події та характеризується інтенсивною симптоматикою, що триває до двох–трьох місяців.
- Хронічний ПТСР — відзначається поступовим прогресуванням патологічних проявів, виснаженням нервової системи та стійкими змінами особистісних характеристик, поведінки й кола інтересів.
- Деформаційний варіант — спостерігається за тривалого перебігу розладу та супроводжується поглибленням особистісних змін із формуванням фобічних і невротичних симптомокомплексів та персистентної тривоги.
- Відстрочений ПТСР — характеризується появою клінічно значущих симптомів через 3–6 місяців після травматичного впливу; загострення часто провокується додатковими стресогенними чинниками.

Стадійність перебігу ПТСР

У динаміці розладу умовно виокремлюють три стадії: гостру, хронічну та відстрочену.

- Гостра стадія відповідає періоду безпосереднього впливу екстремальної ситуації та може тривати до її завершення. Характерними є підвищена тривожність за власну безпеку, психомоторна загальмованість, а також можливі порушення свідомості за типом сплутаності.
- Хронічна стадія розвивається після припинення дії травмувального чинника за умови збереження внутрішнього напруження та тривоги. У цей період можливі стійкі когнітивні порушення (дезорієнтація, фрагментарність спогадів), а також зміни мовленнєвих і рухових функцій.
- Відстрочена стадія характеризується виникненням типової симптоматики через кілька місяців після травматичної події. У деяких випадках попередні стадії можуть клінічно не проявлятися, і розлад дебютує саме у відстроченій формі, тоді як до цього часу психічний стан особи залишається зовні компенсованим.

Діагностичні критерії ПТСР за ICD-11

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (ICD-11), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як психічний розлад, що виникає внаслідок переживання або свідчення надзвичайно

загрозливої чи жахливої події або серії подій. Для встановлення діагнозу необхідна наявність таких обов'язкових критеріїв:

1. **Факт травматичного впливу.** Особа зазнала прямого або опосередкованого впливу події, пов'язаної з реальною загрозою життю, фізичній цілісності чи безпеці.

2. **Симптоми повторного переживання (re-experiencing).** Травматичний досвід мимовільно й нав'язливо відтворюється у свідомості у формі інтрузивних спогадів, сновидінь або яскравих образів, що супроводжуються інтенсивним емоційним дистресом.

3. **Уникнення.** Стійке уникання думок, спогадів, емоцій, ситуацій або зовнішніх стимулів, асоційованих із травмою.

4. **Стійке відчуття загрози (гіперактивація).** Підвищена пильність, гіпернастороженість, посилена реакція на раптові стимули, порушення сну та концентрації уваги, що відображають хронічне відчуття небезпеки.

5. **Тривалість симптоматики.** Клінічні прояви зберігаються протягом кількох тижнів або довше та не обмежуються короткочасною гострою стресовою реакцією.

6. **Функціональні порушення.** Симптоми зумовлюють клінічно значуще погіршення особистісного, соціального, освітнього чи професійного функціонування.

Таким чином, у межах ICD-11 ПТСР концептуалізується як розлад із відносно вузьким, чітко окресленим спектром ключових симптомів, що зосереджені на феноменах повторного переживання травми, уникненні та персистентному відчутті загрози, що відрізняє цей підхід від попередніх класифікацій.

Основні клінічні прояви, коморбідність та адиктивна поведінка при ПТСР

Для осіб із ПТСР характерні інтрузивні спогади про травматичну подію, підвищений рівень тривожності, панічні реакції, а також порушення базової довіри до соціального середовища. Часто спостерігаються труднощі у міжособистісній взаємодії, тенденція до зловживання психоактивними речовинами та підвищений ризик суїцидальної поведінки.

Посттравматичні розлади вирізняються клінічною поліморфністю, що дозволяє виділяти окремі варіанти залежно від домінуючої симптоматики:

- **Тривожний тип** — характеризується частими панічними атаками на тлі постійної психоемоційної напруги.

- **Астенічний тип** — проявляється нервово-психічним виснаженням, зниженням активності, втратою життєвого тонусу та формуванням почуття меншовартості.
- **Дистрофічний тип** — супроводжується соціальною ізоляцією, уникненням контактів і схильністю до неадекватних афективних або агресивних реакцій.
- **Соматоформний тип** — частіше відзначається при відстроченому перебігу та проявляється функціональними порушеннями серцево-судинної, нервової та шлунково-кишкової систем без достатнього органічного підґрунтя.

У процесі діагностики ПТСР принципове значення має проведення ретельної диференціальної оцінки з урахуванням клінічного варіанта, стадії перебігу та наявності коморбідних психічних чи соматичних розладів.

До найбільш поширених **клінічних проявів ПТСР** належать:

- тривожно-фобічні стани,
- нав’язливе повернення до травматичних подій минулого,
- порушення пам’яті та сну,
- емоційне виснаження,
- апатія,
- відчуття постійної внутрішньої напруги,
- зниження соціальної активності,
- емоційне притуплення,
- звуження свідомості,
- втрата здатності відчувати задоволення та стійка соціальна відчуженість. Сукупність цих симптомів відображає глибоке порушення функціонування центральної нервової системи.

Посттравматичний стресовий розлад у більшості клінічних випадків характеризується високим рівнем коморбідності з іншими психічними порушеннями. За результатами клініко-епідеміологічних досліджень, приблизно у 90 % осіб із ПТСР упродовж життя діагностується щонайменше один супутній психічний розлад. Найчастіше йдеться про депресивні та тривожні розлади, розлади, пов’язані з уживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин, а також психосоматичну патологію.

Епідеміологічні дані, отримані у США та Австралії, підтверджують високий рівень коморбідності серед пацієнтів із ПТСР: у значної частки з них виявляються депресивні розлади, алкогольна залежність та інші адиктивні стани, а також підвищений ризик суїцидальної поведінки.

Отже, клінічна вираженість симптоматики ПТСР у поєднанні з частими супутніми психічними розладами зумовлює істотну соціальну дезадаптацію, що негативно позначається як на індивідуальному рівні якості життя, так і на функціонуванні найближчого соціального середовища та суспільства в цілому.

Лікування

Лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зазвичай має тривалий характер і може продовжуватися від одного місяця до 12–18 місяців за умови відсутності додаткових обтяжливих чинників, зокрема гострих медичних, правових чи соціальних проблем. Водночас однією з ключових клінічних особливостей ПТСР є симптом уникнення, який часто зумовлює відтермінування звернення по психологічну, психотерапевтичну або психіатричну допомогу. Унаслідок цього розлад може залишатися недіагностованим протягом тривалого часу. Разом із тим рання діагностика та своєчасне втручання істотно знижують ризик формування хронічного перебігу ПТСР у осіб, які зазнали психотравмувального впливу.

Лікувальна тактика визначається індивідуально з урахуванням клінічної картини, форми та стадії розладу, а також наявності коморбідних психічних чи соматичних захворювань. До психотерапевтичних методів із доведеною ефективністю належать насамперед когнітивно-поведінкова терапія та гіпнотерапія. За клінічними показаннями психотерапевтичні втручання поєднуються з фармакотерапією.

Фармакологічне лікування може включати застосування адреноблокаторів, антидепресантів, анксіолітиків і антипсихотичних препаратів з метою зменшення тривожності, стабілізації афективного стану та корекції супутньої симптоматики. У межах комплексного підходу можуть також використовуватися допоміжні методи, зокрема лікувальний масаж та окремі фізіотерапевтичні процедури.

Загалом ефективна терапія ПТСР передбачає поєднання заходів саморегуляції та психоосвіти, структурованих психотерапевтичних втручань і медикаментозної підтримки, що забезпечує вплив на ключові патогенетичні механізми розладу.

Профілактика

Профілактика ПТСР є системою заходів, спрямованих на зниження ймовірності розвитку патологічних психічних реакцій після переживання травматичних подій. Вона реалізується на первинному, вторинному та

третинному рівнях з урахуванням індивідуальних, соціальних і ситуаційних чинників.

Первинна профілактика орієнтована на підвищення психологічної резильєнтності до потенційних стресових впливів ще до виникнення травми. Вона включає психоосвітні заходи, формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток адаптивних копінг-стратегій, підготовку до діяльності в екстремальних умовах і зміцнення соціальної підтримки. Особливої актуальності такі заходи набувають для груп підвищеного ризику — військовослужбовців, рятувальників, медичних працівників.

Вторинна профілактика спрямована на раннє виявлення гострих стресових реакцій після травматичної події та запобігання їх трансформації у хронічний розлад. Вона передбачає проведення психологічного скринінгу, кризове консультування, короткотривалі психотерапевтичні втручання, а також забезпечення емоційної та соціальної підтримки у ранній посттравматичний період. Важливим компонентом є подолання стигматизації звернення по психіатричну допомогу.

Третинна профілактика спрямована на запобігання рецидивам і ускладненням у осіб із уже сформованим ПТСР. Вона реалізується шляхом систематичного психотерапевтичного супроводу, медикаментозного лікування за показаннями, участі в реабілітаційних програмах і заходах соціальної реінтеграції. Такий підхід сприяє зменшенню тяжкості симптоматики, профілактиці коморбідних розладів і покращенню якості життя пацієнтів.

Отже, профілактика ПТСР має багаторівневий і міждисциплінарний характер, а її результативність значною мірою залежить від своєчасності втручань, доступності спеціалізованої допомоги та системної підтримки осіб, які зазнали психічної травматизації.

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГСР)

Гострий стресовий розлад — це психічний розлад, що виникає у відповідь на безпосереднє переживання або свідчення надзвичайно загрозливої чи травматичної події та супроводжується інтенсивними афективними реакціями, зокрема страхом, почуттям безпорадності або жахом. ГСР розглядається як рання, обмежена в часі психопатологічна реакція на екстремальний стресор. У частини випадків він може передувати розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), проте не завжди трансформується у хронічну форму.

Фактори ризику розвитку ГСР

Формування гострого стресового розладу зумовлюється комплексною взаємодією характеристик психотравмувальної події та індивідуальної вразливості особи. До основних груп чинників ризику належать:

1. Особливості травматичної події. Підвищений ризик асоціюється з високою інтенсивністю, раптовістю та тривалістю стресового впливу. Особливо значущими є ситуації, пов'язані з реальною загрозою життю чи фізичній цілісності, а також повторюваний або пролонгований травматичний досвід.

2. Індивідуально-психологічні характеристики. До них належать знижена стресостійкість, недостатній рівень розвитку навичок емоційної саморегуляції, обмежені адаптивні копінг-стратегії, підвищена особистісна тривожність та попередній досвід психотравматизації.

3. Преморбідний психічний стан. Наявність в анамнезі тривожних, депресивних чи інших психічних розладів істотно підвищує ймовірність розвитку ГСР. Додатковими чинниками є попередні порушення сну, емоційної регуляції або когнітивного функціонування.

4. Соціальні та середовищні умови. Недостатня соціальна підтримка, ізоляція, конфліктні міжособистісні стосунки та перебування в умовах тривалого соціального напруження посилюють вразливість до гострих стресових реакцій.

5. Біологічні передумови. Індивідуальні особливості нейрофізіологічної реактивності, гіперактивація системи стрес-реалізації (зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі) та генетична схильність можуть підвищувати ризик розвитку стрес-індукованих психічних розладів.

Отже, ГСР є результатом взаємодії травматичного впливу з особистісними, соціальними та біологічними чинниками, що визначають індивідуальний рівень стресової чутливості.

Клінічні прояви

Симптоматика ГСР зазвичай виникає впродовж перших годин або днів після психотравмувальної події та зберігається від кількох днів до одного місяця. Клінічна картина включає поєднання інтрузивного повторного переживання травми, виражених тривожних реакцій, уникнення нагадувань про подію та дисоціативних феноменів (відчуття нереальності того, що відбувається, емоційне заціпеніння, деперсоналізація або дереалізація).

До типових симптомів належать:

- нав'язливі спогади або образи травматичної події;

- порушення сну;
- підвищена збудливість і гіперреактивність;
- труднощі концентрації уваги;
- емоційна лабільність;
- соматовегетативні прояви (тахікардія, пітливість, тремор тощо).

Зазначені симптоми спричиняють клінічно значуще порушення соціального, професійного чи навчального функціонування та потребують своєчасної психологічної або психіатричної оцінки.

Діагностичні критерії

Гостра стресова реакція (ГСР) встановлюється за умови наявності чітко окресленого часово-причинного зв'язку між впливом психотравмувального чинника та дебютом клінічної симптоматики. У сучасній клінічній практиці, зокрема відповідно до критеріїв DSM-5, діагностика ґрунтується на таких положеннях:

1.Факт впливу травматичної події. Індивід безпосередньо пережив травматичну ситуацію, був її свідком або зазнав опосередкованого впливу події, пов'язаної з реальною чи потенційною загрозою життю, тяжким тілесним ушкодженням або насильством.

2.Наявність симптомокомплексу гострої стресової реакції. Після травматичного впливу відзначається поєднання симптомів із кількох психопатологічних кластерів, зокрема:

- інтрузивні феномени (нав'язливі спогади, образи, сновидіння, пов'язані з травматичною подією);
- стійкий негативний емоційний фон (страх, тривога, жах, відчуття безпорадності);
- дисоціативні прояви (дереалізація, деперсоналізація, емоційне оніміння, порушення сприйняття);
- уникнення стимулів, що асоціюються з травмою (внутрішніх переживань або зовнішніх нагадувань);
- симптоми гіперактивації (порушення сну, підвищена дратівливість, зниження концентрації уваги, гіперпильність).

3. Часові критерії. Симптоматика виникає упродовж короткого періоду після психотравмувальної події (зазвичай у перші дні) та зберігається від 3 діб до 1 місяця.

4. Клінічно значуща дезадаптація. Розлад супроводжується вираженим порушенням соціального, професійного, освітнього чи інших важливих сфер функціонування.

5. Диференційно-діагностичні обмеження. Клінічні прояви не можуть бути повністю зумовлені впливом психоактивних речовин, соматичною патологією або іншими психічними розладами.

За умови збереження симптоматики понад один місяць після травматичної події клінічний стан підлягає повторній діагностичній оцінці з огляду на можливу відповідність критеріям посттравматичного стресового розладу.

Лікування

Лікування ГСР спрямоване на швидку стабілізацію психоемоційного стану, запобігання переходу розладу у хронічну форму та профілактику розвитку посттравматичного стресового розладу. Терапевтичні підходи включають комплекс психотерапевтичних, фармакологічних та підтримуючих заходів.

1. Психотерапевтичні втручання

- Кризове консультування — надається у ранній посттравматичний період для зменшення емоційної напруги та страху, формування адаптивних стратегій подолання стресу.
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — спрямована на корекцію нав'язливих думок і страхів, розвиток навичок регуляції емоцій та подолання уникальної поведінки.
- Дисоціативні та релаксаційні техніки — включають методи дихальної гімнастики, релаксації, заземлення, спрямовані на зменшення тривожності та стабілізацію психоемоційного стану.

2. Фармакотерапія. Застосовується за показаннями при вираженій тривожності, порушеннях сну або соматовегетативних симптомах. Найчастіше використовуються:

- короткотривалі курси транквілізаторів;
- седативні або снодійні препарати для нормалізації сну;
- за потреби — антидепресанти у короткостроковій схемі.

3. Підтримуючі та допоміжні заходи

- забезпечення безпечного середовища та соціальної підтримки;
- психоосвіта для пацієнта та його сім'ї щодо нормальної реакції на стрес;
- за необхідності — фізіотерапевтичні методи, релаксаційні практики, лікувальний масаж.

4. Особистісне самообслуговування

- розвиток власних стратегій емоційної саморегуляції;
- підтримка режиму сну та харчування;

- обмеження факторів додаткового стресу.

Особливості лікування

Лікування ГСР, як правило, має короткотривалий характер і демонструє високу ефективність за умови своєчасного початку та застосування комплексного терапевтичного підходу. Рання психотерапевтична інтервенція сприяє зниженню ймовірності трансформації гострого стресового розладу у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та забезпечує більш швидку психоемоційну стабілізацію пацієнта.

- **Профілактика**

Профілактичні заходи щодо ГСР спрямовані на мінімізацію ризику формування гострих стресових реакцій після психотравмувальних подій і реалізуються на первинному, вторинному та третинному рівнях.

- **Первинна профілактика**

Передбачає підвищення індивідуальної стресостійкості до можливого травматичного впливу та включає:

- психоосвітні програми щодо типових психофізіологічних реакцій на стрес;
- формування навичок емоційної саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій;
- підготовку до діяльності в екстремальних умовах;
- посилення соціальної підтримки та створення безпечного середовища;
- цільові заходи для груп підвищеного ризику (військовослужбовці, працівники екстрених служб, медичний персонал).

- **Вторинна профілактика**

Спрямована на ранню ідентифікацію симптомів гострого стресу та попередження їх хронізації. Включає:

- проведення психологічного скринінгу та оцінку ризику розвитку ГСР;
- кризове консультування й короткострокову психотерапевтичну підтримку;
- надання емоційної підтримки та інформування щодо нормативних реакцій на травму;
- зменшення стигматизації звернення по психічну допомогу.

- **Третинна профілактика**

Здійснюється у пацієнтів із уже сформованою симптоматикою з метою запобігання ускладненням і розвитку ПТСР. Передбачає:

- систематичний психотерапевтичний супровід;

- за показаннями — застосування фармакотерапії для стабілізації емоційного стану;
- реабілітаційні програми та заходи соціальної реінтеграції.

До додаткових профілактичних заходів належать нормалізація режиму сну та харчування, обмеження надмірного стресового навантаження, регулярна фізична активність і використання релаксаційних технік.

Своєчасна та комплексна профілактика ГСР сприяє зменшенню інтенсивності клінічних проявів, прискорює процес адаптації після психотравмувальних подій і знижує ризик розвитку хронічних стресових розладів, зокрема ПТСР.

РОЗЛАД АДАПТАЦІЇ

Розлад адаптації — це клінічна діагностична категорія, що характеризується розвитком емоційних і поведінкових порушень у відповідь на дію конкретного стресового чинника. Клінічні прояви охоплюють суб'єктивно переживаний дистрес та зниження рівня емоційного функціонування, які виникають у процесі пристосування до значущих життєвих змін, психотравмувальних подій, тяжких соматичних захворювань або загрози їх виникнення.

Стрес є універсальною складовою повсякденного життя, і зазвичай індивід поступово формує ефективні механізми його подолання. Водночас за умов недостатності адаптаційних ресурсів або перевантаження систем психофізіологічної регуляції може розвиватися дезадаптивний психічний стан, одним із клінічних варіантів якого є розлад адаптації.

Попри належність до психіатричних діагностичних категорій, розлад адаптації займає проміжне положення між нормативними адаптаційними реакціями та вираженими формами психопатології. Це зумовлює складність його таксономічної класифікації та потребує ретельного диференційно-діагностичного підходу.

Основні клінічні прояви розладу адаптації

Клінічна картина розладу адаптації відзначається поліморфністю та охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові й соматовегетативні порушення. До найпоширеніших проявів належать підвищена тривожність, переживання страху або внутрішнього напруження, а також порушення сну та апетиту. Часто спостерігається зниження інтересу до раніше значущих видів діяльності й редукція здатності переживати позитивні емоції (ангедонічні прояви).

Характерними є відчуття персистуючої втоми, психічного та фізичного виснаження, зниження концентрації уваги, утруднення прийняття рішень. В емоційній сфері можуть домінувати пригнічений настрій, зниження самооцінки, невпевненість у власних можливостях, а також сповільнення темпу мислення.

Поведінкові зміни включають підвищену дратівливість, емоційну лабільність, імпульсивність і зниження контролю над афективними реакціями. Нерідко відзначаються коливання настрою, тенденція до соціальної ізоляції, уникнення міжособистісної взаємодії та обмеження соціальних контактів.

У більш виражених випадках можливі суїцидальні думки або поведінкові акти самопошкодження, що свідчать про значний рівень дистресу та потребують невідкладної клінічної оцінки. Сукупність зазначених симптомів відображає порушення адаптаційних механізмів особистості у відповідь на значущий стресогенний вплив.

Діагностика

Діагностика розладу адаптації ґрунтується на комплексній оцінці клінічної картини, історії розвитку симптомів і зв’язку психічних порушень із наявним стресовим чинником. Основні етапи діагностичного процесу включають:

1. Збір анамнезу та ідентифікація стресового чинника
   - визначення конкретної життєвої події або змін, що викликали суб’єктивний дистрес;
   - оцінка тривалості та інтенсивності симптомів;
   - аналіз попередніх психічних та соматичних захворювань, травматичного досвіду.
2. Клінічне інтерв’ю та оцінка симптомів
   - виявлення емоційних проявів: тривога, страх, пригнічений настрій, коливання настрою;
   - оцінка когнітивних порушень: труднощі концентрації, зниження самооцінки, уповільнене мислення;
   - аналіз поведінкових змін: соціальна ізоляція, дратівливість, імпульсивність, уникання контактів;
   - оцінка соматовегетативних проявів: порушення сну, апетиту, відчуття втоми.
3. Виключення інших психічних розладів
   - диференціальна діагностика із депресивними, тривожними, посттравматичними стресовими та іншими психічними розладами;

- оцінка можливого впливу психоактивних речовин або соматичних захворювань на психічний стан.

4. Використання стандартизованих психометричних методик
   - застосування опитувальників і шкал для оцінки рівня стресу, тривожності, депресивних проявів і функціонального стану пацієнта;
   - моніторинг динаміки симптомів у процесі спостереження.
5. Оцінка функціональних наслідків
   - аналіз ступеня порушення соціального, професійного або навчального функціонування;
   - визначення потреби у психотерапевтичній або фармакологічній підтримці.

Діагноз розладу адаптації встановлюється за наявності чіткого причинного зв'язку з ідентифікованим стресовим чинником, появи емоційних або поведінкових порушень упродовж короткого часу після впливу стресу, клінічно значущого погіршення функціонування та відсутності інших психічних розладів, які б повністю пояснювали симптоми.

Лікування

Лікування розладу адаптації має здійснюватися з урахуванням принципів комплексності та індивідуалізації й бути спрямованим на відновлення психоемоційної рівноваги, корекцію дезадаптивних поведінкових патернів і попередження хронізації симптоматики. Терапевтична стратегія включає психотерапевтичні, фармакологічні та підтримуючі втручання.

1. Психотерапевтичні підходи

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — орієнтована на ідентифікацію та модифікацію дисфункціональних переконань, формування адаптивних копінг-стратегій і розвиток навичок регуляції емоційних реакцій.

Психоосвіта — інформування пацієнта про механізми стресу та закономірності адаптаційних реакцій, що сприяє зменшенню тривоги й суб'єктивного дистресу.

Кризова інтервенція — короткотривалі структуровані втручання у випадках гострої реакції на стрес, спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану та відновлення базового рівня функціонування.

Релаксаційні та дихальні техніки — методи зниження психофізіологічного напруження та тривожності.

2. Фармакотерапія

Фармакологічна підтримка показана за наявності виражених афективних або соматовегетативних симптомів і має допоміжний характер.

Можливе короткочасне застосування анксіолітиків або седативних засобів для зменшення тривожності та нормалізації сну.

За наявності стійкого пригніченого настрою можуть призначатися антидепресанти у мінімальних терапевтичних дозах з урахуванням клінічних показань.

3. Підтримуючі заходи

- Забезпечення соціальної підтримки та стабільного, безпечного середовища.
- Нормалізація режиму сну, харчування та рівня фізичної активності.
- Залучення членів сім'ї до процесу підтримки пацієнта та формування навичок емоційної взаємодії.

Особливості лікування

Терапія розладу адаптації зазвичай має короткотривалий характер і спрямована на швидке відновлення соціального та професійного функціонування. Своєчасне втручання знижує ризик розвитку хронічних психічних розладів, зокрема депресивних і тривожних. Комплексний підхід підвищує ефективність лікування та сприяє покращенню якості життя пацієнта.

Профілактика

Специфічні профілактичні стратегії щодо розладу адаптації не розроблені. Водночас значущу роль відіграють індивідуально-психологічні характеристики, які визначають рівень вразливості до стресогенних впливів. Формування здатності до конструктивного реагування на стрес є ключовим напрямом профілактичної роботи.

До загальних заходів, спрямованих на підтримку емоційної стабільності та зниження ризику дезадаптації, належать:

- мінімізація надмірного стресового навантаження та хронічних конфліктних ситуацій;
- дотримання принципів здорового способу життя та відмова від шкідливих звичок;
- регуляція режиму праці, відпочинку та сну;
- раціональне харчування;
- розвиток адекватної самооцінки й формування ефективних психологічних стратегій подолання стресу.

Реалізація зазначених заходів сприяє зміцненню психічної резильєнтності, підвищенню адаптаційного потенціалу особистості та

зменшенню ймовірності формування дезадаптивних реакцій у відповідь на стресові події.

ТРИВАЛИЙ РОЗЛАД ГОРЯ (PERSISTENT COMPLEX BEREAVEMENT DISORDER, PCBD)

Тривалий розлад горя — це психічний розлад, що характеризується стійким, інтенсивним і дезадаптивним переживанням втрати значущої особи, яке за своєю тривалістю та вираженістю перевищує очікувані культурно зумовлені реакції скорботи. Розлад формується у відповідь на смерть або іншу істотну втрату та супроводжується вираженим порушенням емоційного, когнітивного й соціального функціонування.

Клінічні прояви

Симптомокомплекс тривалого розладу горя може включати:

- персистуючий пригнічений або «порожній» емоційний стан, інтенсивну тугу та смуток;
- нав’язливі спогади про померлого або обставини його смерті;
- виражену ностальгію та стійке прагнення до відновлення контакту з померлим;
- труднощі прийняття факту втрати, переживання її нереальності;
- емоційне оніміння або афективну загальмованість;
- почуття провини, самообвинувачення;
- соціальне відсторонення, уникання міжособистісних контактів, зниження залученості до повсякденної діяльності;
- порушення сну, апетиту, концентрації уваги та зниження здатності до прийняття рішень.

Тривалість і вираженість

Діагностично значущою ознакою є збереження симптоматики протягом щонайменше 6 місяців після втрати. Прояви мають бути клінічно вираженими та спричиняти суттєве порушення соціального, професійного або інших сфер функціонування.

Фактори ризику

До чинників, що підвищують імовірність розвитку тривалого розладу горя, належать:

- наявність в анамнезі психічних розладів (депресивних, тривожних);
- недостатній рівень соціальної підтримки;
- раптова, насильницька або травматична смерть близької особи;
- супутні стресові події, пов’язані з втратою;

- індивідуально-психологічні особливості, зокрема підвищена емоційна вразливість, перфекціоністичні тенденції та труднощі емоційної регуляції.

Діагностичні критерії

Грунтуються на сучасних психіатричних класифікаціях (DSM-5, ICD-11) і передбачають наявність специфічних симптомів у відповідь на втрату близької особи. Основні критерії включають:

1. Подія-триггер
   - смерть або інша значуща втрата близької людини.
2. Основні симптоми (тривають ≥6 місяців у дорослих, ≥12 місяців у дітей):
   - постійна сумна або порожня емоційна реакція на втрату;
   - сильна ностальгія, бажання бути разом із померлим;
   - інтенсивний сум і туга, які порушують повсякденне функціонування;
   - труднощі прийняття втрати, відчуття нерелевантності або нереальності смерті;
   - емоційне онімілення або пригнічений настрій, почуття провини чи самообвинувачення;
   - нав'язливі думки про померлу особу або обставини її смерті.
3. Поведінкові прояви:
   - уникання спогадів або місць, пов'язаних із втратою;
   - соціальна ізоляція, зниження участі у повсякденних активностях;
   - порушення сну, апетиту, концентрації та здатності приймати рішення;
   - часті зміни настрою, підвищена емоційна реактивність.
4. Клінічно значущі порушення
   - симптоми спричиняють значне погіршення соціального, професійного або навчального функціонування.
5. Виключення інших причин
   - симптоми не пояснюються іншими психічними розладами (депресивними, тривожними, посттравматичними), соматичними захворюваннями або впливом психоактивних речовин.

Ці критерії дозволяють відмежувати тривалий розлад горя від нормальної скорботи, яка проходить у межах очікуваного часу адаптації після втрати.

Лікування

Терапія тривалого розладу горя повинна ґрунтуватися на принципах комплексності та індивідуалізації й бути спрямованою на стабілізацію

емоційного стану, інтеграцію факту втрати у життєвий досвід пацієнта та відновлення його соціального, когнітивного й професійного функціонування.

1. Психотерапевтичні втручання

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — передбачає ідентифікацію та модифікацію дисфункціональних переконань і нав'язливих думок, пов'язаних із втратою, а також формування адаптивних стратегій переживання скорботи та регуляції емоцій.

Терапія, орієнтована на адаптацію до втрати (grief-focused therapy) — спрямована на поступову інтеграцію досвіду втрати, реконструкцію життєвих смислів і формування нової ідентичності без померлої особи.

Підтримуюча психотерапія — забезпечує емоційну підтримку, зменшує відчуття ізольованості та сприяє мобілізації ресурсів соціального оточення.

Групова терапія та групи взаємопідтримки — створюють умови для опрацювання переживань у колі осіб із подібним досвідом, що знижує почуття самотності та посилює соціальну інтеграцію.

2. Фармакотерапія

Медикаментозне лікування має допоміжний характер і застосовується за наявності виражених супутніх афективних або тривожних симптомів.

- Найчастіше призначаються антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).
- Короткочасне застосування анксіолітиків може бути доцільним у разі інтенсивної тривоги чи порушень сну з урахуванням клінічних показань та ризиків.

3. Підтримуючі заходи та психоосвіта

- Формування навичок емоційної регуляції та адаптивних копінг-стратегій.
- Рекомендації щодо дотримання здорового способу життя, оптимізації режиму сну та харчування.
- Залучення членів сім'ї та близького оточення до процесу підтримки пацієнта.
- Заохочення участі у символічних або культурно значущих ритуалах пам'яті як способу інтеграції втрати.

Комплексне поєднання зазначених підходів підвищує ефективність лікування, сприяє зменшенню інтенсивності симптомів і відновленню повноцінного функціонування пацієнта.

Особливості лікування

Терапія часто потребує тривалого спостереження, оскільки симптоми можуть персистувати. Поєднання психотерапії та фармакотерапії підвищує ефективність лікування у пацієнтів із тяжкими або коморбідними станами. Раннє втручання сприяє зменшенню інтенсивності симптомів, полегшенню процесу адаптації та запобіганню розвитку хронічних психічних розладів.

6.5. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕНТАЛЬНИМИ ПРОБЛЕМАМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Сімейний лікар у системі первинної медичної допомоги нерідко є першим фахівцем, до якого звертається пацієнт із психоемоційними скаргами або неспецифічними соматичними проявами, що можуть мати психогенне підґрунтя. У зв’язку з цим його роль є визначальною у ранній ідентифікації ментальних порушень, здійсненні первинного клінічного ведення та координації подальшої спеціалізованої допомоги.

Роль сімейного лікаря у веденні пацієнтів із ментальними розладами

1. Раннє виявлення психічних порушень

- Розпізнавання початкових проявів депресивних, тривожних, стрес-асоційованих розладів, порушень сну та когнітивних скарг.
- Ідентифікація психічних розладів, що соматизуються та проявляються переважно тілесними симптомами без достатнього органічного підґрунтя.
- Проведення скринінгових заходів у групах підвищеного ризику (підлітки, особи похилого віку, пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями).

2. Первинна клінічна оцінка

- Визначення психоемоційного статусу, тривалості та вираженості симптоматики.
- Аналіз впливу психічних порушень на повсякденне функціонування, професійну діяльність, навчання та якість життя.
- Виявлення супутніх соматичних захворювань, прийому медикаментів та соціально-психологічних чинників.

3. Формування терапевтичного альянсу

- Забезпечення емпатійної, неосудливої та пацієнт-орієнтованої комунікації.

- Створення безпечного середовища для обговорення питань ментального здоров’я.
- Зменшення стигматизації психічних розладів і нормалізація звернення по допомогу.

4. Координація та маршрутизація пацієнта

- Своєчасне направлення до психіатра, клінічного психолога або інших профільних спеціалістів за наявності відповідних показань.
- Координація між різними рівнями медичної допомоги.
- Забезпечення безперервності лікувального процесу та моніторинг динаміки стану.

5. Соціально-профілактичний аспект

- Урахування сімейного контексту та соціального середовища пацієнта.
- Робота з модифікованими факторами ризику (хронічний стрес, соціальна ізоляція, соматична коморбідність).
- Формування культури відповідального ставлення до ментального здоров’я.

Скринінг і діагностичний підхід

- Активне виявлення психоемоційної симптоматики під час планових візитів, особливо у випадках множинних або неспецифічних соматичних скарг.
- Використання коротких валідованих опитувальників для скринінгу депресії, тривоги та когнітивних порушень.
- Оцінка тривалості та інтенсивності симптомів, їх впливу на соціальне й професійне функціонування, наявності коморбідних станів і медикаментозної терапії.

Комунікація з пацієнтом

- Дотримання принципів емпатійного та неосудливого спілкування.
- Пояснення поширеності ментальних розладів і доступності ефективної допомоги з метою зниження стигматизації.
- Роз’яснення взаємозв’язку між психічним і соматичним здоров’ям.
- Гарантування конфіденційності отриманої інформації.

Таким чином, сімейний лікар виконує інтегративну функцію у системі охорони здоров’я, забезпечуючи раннє виявлення, первинну оцінку та координацію допомоги пацієнтам із ментальними порушеннями.

Лікування пацієнтів з ментальними проблемами на рівні первинної ланки

Первинна ланка медичної допомоги відіграє ключову роль у лікуванні поширених ментальних розладів. Сімейний лікар забезпечує доступність, безперервність і комплексність допомоги, особливо при легких та помірних психічних порушеннях.

Принципи лікування на первинному рівні

- Біопсихосоціальний підхід.
- Індивідуалізація лікування з урахуванням віку, супутніх захворювань та соціальних факторів.
- Поєднання немедикаментозних і медикаментозних методів.
- Поступовість і безперервність терапії.
- Активна участь пацієнта у процесі лікування.

Немедикаментозне лікування

- Психоосвіта: пояснення природи захворювання, очікувань від лікування, важливості прихильності.
- Корекція способу життя:
  - нормалізація сну;
  - регулярна фізична активність;
  - раціональне харчування;
  - обмеження стресових факторів.
- Підтримувальні консультації та елементи мотиваційного консультування.
- Рекомендація психологічної допомоги (індивідуальні або групові консультації).

Медикаментозне лікування

Фармакотерапія здійснюється відповідно до чинних клінічних протоколів та принципів доказової медицини. Призначення лікарських засобів доцільне при легких і помірних формах:

- депресивних розладів;
- тривожних станів;
- порушень сну;
- розладів адаптації.

Терапія ініціюється з мінімальних ефективних доз із подальшим поступовим титруванням залежно від клінічної відповіді та переносимості. Обов’язковими складовими є систематична оцінка ефективності лікування,

моніторинг побічних реакцій і врахування можливих лікарських взаємодій, особливо за наявності соматичної коморбідності.

Моніторинг та оцінка ефективності

Моніторинг стану пацієнта передбачає регулярні очні візити або дистанційні консультації. Оцінюється динаміка психопатологічної симптоматики, рівень соціального та професійного функціонування, показники якості життя, а також прихильність до лікування. За необхідності проводиться корекція терапевтичної стратегії.

Взаємодія зі спеціалістами

У разі недостатньої ефективності первинної терапії, ускладненого перебігу або діагностичних труднощів показана консультація лікаря-психіатра чи клінічного психолога. При хронічних психічних розладах доцільним є спільне ведення пацієнта із залученням профільних фахівців. Своєчасне направлення до спеціалізованої допомоги здійснюється у випадках погіршення стану або розвитку ускладнень.

Профілактика рецидивів

Після досягнення клінічного покращення рекомендована підтримувальна терапія з метою стабілізації стану. Важливим компонентом є навчання пацієнта розпізнаванню ранніх ознак загострення, а також формування навичок самоконтролю. Підтримка здорового способу життя та збереження соціальної активності розглядаються як складові профілактичної стратегії.

Критерії направлення до спеціаліста

Показаннями до консультації психіатра або іншого профільного спеціаліста є:

- відсутність позитивної динаміки на тлі адекватної первинної терапії;
- наявність коморбідних або складних психічних розладів;
- підозра на тяжкий психічний стан;
- необхідність спеціалізованої психотерапії або перегляду фармакологічної тактики.

Довготривалий супровід

Пацієнти з психічними розладами потребують регулярного контрольного спостереження з оцінкою прихильності до лікування та своєчасного виявлення ознак рецидиву. Значущою є підтримка не лише пацієнта, але й його родини, що підвищує ефективність лікування та сприяє стабілізації стану.

Мультидисциплінарний підхід

Ефективне ведення пацієнтів передбачає міждисциплінарну взаємодію із залученням психіатрів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців. При цьому враховуються соціальні детермінанти здоров'я, зокрема сімейний контекст, професійне середовище та наявність фінансових труднощів, що можуть впливати на перебіг захворювання та результати лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ОСІБ ЗІ ЗБУДЖЕНОЮ/ АГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

У клінічній практиці первинної медичної допомоги можливі ситуації, коли пацієнт звертається на прийом із психомоторним збудженням або проявами агресивної поведінки. У зв'язку з цим сімейний лікар, як і будь-який інший медичний працівник, повинен володіти навичками безпечної поведінки та ефективної комунікації з такими пацієнтами з метою мінімізації ризиків і забезпечення належного надання медичної допомоги.

У структурі «Керівництва mhGAP» представлено алгоритм ведення осіб зі збудженою та/або агресивною поведінкою, який містить окремий розділ, присвячений принципам терапевтичної комунікації в подібних клінічних ситуаціях.



Рис. 6.1. Ведення осіб зі збудженою/агресивною поведінкою

Джерело зображення: https://hubz.ua/news/yak-vijna-vplyvaye-na-psyhiku-top-3-mentalni-rozl

Відповідно до “Керівництва mhGAP”, спілкування з людьми зі збудженою або агресивною поведінкою має відбуватися за наступними принципами:

- Безпека передусім! Вираз “безпека передусім“ стосується безпеки особи, персоналу закладу охорони здоров’я та усіх інших людей, які знаходяться поблизу.
- Залишайтеся спокійними та заохочуйте людину розказати, що її непокоїть. Спробуйте з'ясувати, що є джерелом проблеми та як її можливо вирішити.
- Не реагуйте агресивно у відповідь. Говоріть спокійним голосом і, якщо це можливо, відреагуйте на причини її занепокоєння.
- Уважно слухайте. Приділіть людині необхідний час. Ніколи не смійтеся над людиною.
- Залучайте доглядачів та інший медичний персонал.
- Вилучіть із ситуації будь-кого, хто може провокувати агресію.

Якщо вичерпано всі можливості, але людина залишається агресивною, то потрібно дати їй медикаменти (за їх наявності).

Особливості ведення пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у практиці сімейного лікаря

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) являє собою психічний розлад, що розвивається унаслідок безпосереднього переживання або свідкування травматичної події. У сучасних умовах — зокрема під час військових конфліктів, вимушеного переміщення, насильства та аварій — ПТСР все частіше діагностується на рівні первинної медичної допомоги. Сімейний лікар часто виступає першим фахівцем, до якого звертається пацієнт із психотравматичними переживаннями.

Роль сімейного лікаря

Сімейний лікар відіграє ключову роль у комплексному веденні пацієнтів із ПТСР, забезпечуючи:

- раннє виявлення психотравматичних симптомів;
- первинну оцінку психоемоційного стану;
- координацію подальшої допомоги та направлення до спеціалістів;
- довготривале спостереження за пацієнтом та його родиною.

Клінічні прояви ПТСР

Симптоматика ПТСР може бути неспецифічною і часто маскуватися під соматичні скарги, що ускладнює своєчасну діагностику:

- порушення сну, хронічна втома;

- тривожність, дратівливість, психомоторне напруження;
- когнітивні порушення, зокрема труднощі з концентрацією уваги;
- уникання певних ситуацій, місць або тем, що асоціюються з травмою;
- соматичні скарги без виявленої органічної патології (наприклад, головний біль, кардіалгії, дискомфорт у ШКТ).

Важливо зазначити, що пацієнти часто не асоціюють такі симптоми з травматичним досвідом.

Скринінг та діагностичний підхід

На рівні первинної медичної допомоги сімейний лікар реалізує такі заходи:

- застосування коротких валідованих скринінгових опитувальників для оцінки ризику ПТСР;
- проведення емпатичного та делікатного клінічного інтерв'ю;
- оцінка впливу симптомів на повсякденне функціонування та якість життя;
- виключення соматичних захворювань, що можуть маскувати психотравматичні прояви.

Повний психіатричний діагноз ПТСР встановлюється профільним спеціалістом — психіатром або клінічним психологом.

Принципи ведення пацієнтів із ПТСР

Ведення пацієнтів має базуватися на біопсихосоціальному підході:

- Психологічна підтримка: активне слухання, визнання емоційних переживань пацієнта, створення безпечного терапевтичного простору;
- Освітня робота: пояснення природи симптомів ПТСР, корекція помилкових переконань та зменшення стигматизації психічних розладів;
- Медикаментозна терапія: призначення та корекція препаратів здійснюється спеціалістом, сімейний лікар контролює переносимість, ефективність і прихильність до лікування;
- Направлення до фахівців: своєчасне скерування пацієнта до психіатра, психолога або психотерапевта у випадках недостатньої ефективності первинного втручання чи наявності складної клінічної картини.

Загальні принципи лікування посттравматичного стресового розладу

Лікування посттравматичного стресового розладу здійснюється відповідно до чинних клінічних протоколів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, а також сучасних національних і міжнародних рекомендацій щодо діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів із ПТСР.

Комплексна терапевтична програма є поетапною та включає три послідовні етапи, кожен з яких характеризується специфічними клінічними завданнями та диференційованими підходами до лікування.

Перший етап — активна терапія спрямований на зменшення провідної психопатологічної симптоматики, купірування агресивних та аутоагресивних проявів, а також на емоційно-когнітивну переоцінку травматичного досвіду. Медикаментозне лікування включає раціональне поєднання антидепресантів, анксіолітиків, стабілізаторів настрою, ноотропних засобів, β-адреноблокаторів і, за показаннями, антипсихотичних препаратів. На цьому етапі обов'язковим є застосування психотерапевтичних втручань та психоосвітніх програм для пацієнтів і членів їхніх родин. Тривалість активної терапії зазвичай становить приблизно 6 місяців.

Другий етап — стабілізуюча терапія, тривалістю до одного року, спрямований на усунення резидуальної психопатологічної симптоматики, корекцію стійких посттравматичних особистісних змін та формування адаптивної когнітивної моделі життєдіяльності. На цьому етапі провідну роль відіграють психотерапевтичні методи та психоосвітня робота, тоді як медикаментозна підтримка застосовується за потреби для забезпечення стабільності психоемоційного стану.

Третій етап — профілактична терапія, що може тривати до трьох років, спрямований на підтримання стабільного психосоціального функціонування пацієнта у сімейному та соціальному середовищі, а також на запобігання рецидивам посттравматичного стресового розладу. На цьому етапі пріоритет надається превентивним психотерапевтичним та психоосвітнім заходам, моніторингу стану пацієнта та підтримці соціальної інтеграції.

Ведення супутніх станів

У пацієнтів із ПТСР часто наявні:

- депресивні та тривожні розлади;
- хронічні соматичні захворювання;
- соціальні проблеми (втрата роботи, житла, підтримки).

Сімейний лікар координує комплексну допомогу та взаємодію з іншими фахівцями.

Тривале спостереження та профілактика ускладнень

- регулярні контрольні візити;
- оцінка динаміки симптомів;
- підтримка прихильності до лікування;
- залучення родини (за згодою пацієнта).

Особливу увагу слід приділяти ознакам психічного погіршення та своєчасному направленню до спеціалізованої допомоги.

Сімейний лікар є ключовою ланкою у виявленні та веденні пацієнтів із ПТСР. Емпатія, настороженість щодо психотравми, мультидисциплінарний підхід і тривале спостереження значно покращують прогноз і якість життя таких пацієнтів.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Депресивні розлади посідають одне з провідних місць серед психічних захворювань за поширеністю та часто вперше виявляються на рівні первинної медичної допомоги. Сімейний лікар виконує ключову роль у ранній діагностиці депресії, ініціації терапії, моніторингу стану пацієнта та координації міждисциплінарного лікування.

Роль сімейного лікаря

У рамках первинної медичної допомоги ведення пацієнтів із депресією включає:

- своєчасне розпізнавання депресивної симптоматики;
- оцінку тяжкості розладу;
- виключення соматичних захворювань із подібними клінічними проявами;
- призначення лікування при легких та помірних формах депресії;
- направлення до психіатра у разі тяжкого перебігу або резистентності до терапії;
- тривале диспансерне спостереження.

На сучасному етапі клінічної практики для систематизації та класифікації депресивних розладів використовуються дві основні діагностичні системи. Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров’я, відповідає міжнародним критеріям та є обов’язковим елементом ведення медичної документації. Поряд із нею застосовуються американські діагностичні критерії, викладені у **«Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-IV)**, які широко використовуються у наукових дослідженнях депресії (табл. 6.1).

Таблиця 6.1

Симптоми депресії згідно з МКХ-10 і DSM-IV

МКХ-10	DSM-IV
Депресивний настрій*	**Депресивний настрій**
Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності	**Втрата інтересу і відчуття задоволення в багатьох видах діяльності**
Втрата енергії	Слабість або втрата енергії
Ослаблення апетиту	Втрата маси тіла (до 5 % в місяць)
Безсоння	Безсоння або сонливість
Почуття нікчемності чи провини	Почуття нікчемності чи провини
Зниження концентрації	Зниження концентрації або зниження здатності приймати рішення
Думки про самогубство	Часті думки про смерть або планування спроби суїциду
Песимістичні думки	Повільне психомоторне функціонування або збудження
Зниження впевненості у собі або самосвідомості	

Пиимітка. * – Типові симптоми виділено жирним шрифтом.

Джерело зображення: https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/72686-depresya-vjna

Відповідно до критеріїв МКХ-10, для встановлення діагнозу легкого або помірного депресивного епізоду необхідна наявність щонайменше двох із трьох основних (типових) симптомів: зниженого настрою, втрати інтересу та здатності відчувати задоволення (ангедонія), а також зниження рівня енергії. Для діагностики тяжкого депресивного епізоду обов'язковою є наявність усіх трьох типових симптомів, тоді як при легкому епізоді достатньо двох із них.

Крім основних проявів, для діагностики тяжкого депресивного епізоду за МКХ-10 необхідна наявність щонайменше чотирьох із семи додаткових (поширених) симптомів депресії, у той час як для помірного епізоду достатньо трьох додаткових симптомів.

За критеріями DSM-IV, для встановлення депресивного розладу обов'язковою є наявність принаймні одного з двох провідних симптомів — депресивного настрою або втрати інтересу чи здатності отримувати задоволення — у поєднанні з чотирма із семи додаткових симптомів депресії (табл. 7.1) .

Для встановлення діагнозу симптоматика має зберігатися не менше двох тижнів, при цьому кожен із симптомів повинен бути присутнім протягом більшої частини дня, а їх вираженість призводити до клінічно значущого порушення повсякденної діяльності, професійної працездатності та соціального функціонування.

Таблиця 7.1

Категорії депресії за ступенем тяжкості (МКХ-10)

Симптоми	Депресія			
	легка	помірна	велика	велика з психотичними симптомами
	F 32.0	F 32.1	F 32.2	F 32.3
Типові 1) депресивний настрій 2) втрата інтересу і відчуття задоволення 3) втрата енергії			Три ствердних відповіді	Три ствердних відповіді
Інші 1) зниження концентрації і фокусування 2) відсутність впевненості в собі та знижена самооцінка 3) почуття провини і нікчемності 4) похмурий і песимістичний погляд на майбутнє 5) ідеї щодо планування самогубства 6) розлади сну 7) знижений апетит	Дві ствердні відповіді	Три ствердних відповіді	Дві ствердні відповіді	Дві ствердні відповіді
Психотичні симптоми			Наявні	

Джерело зображення: https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/72686-depresya-vjna

Клінічні прояви депресії

Депресія часто проявляється неспецифічними скаргами, зокрема:

- зниженням настрою, втратою інтересів і задоволення;
- хронічною втомою, зниженням працездатності;
- порушенням сну та апетиту;
- труднощами концентрації уваги;
- соматизованими скаргами без чіткої органічної основи.

Скринінг і діагностичний підхід

Сімейний лікар застосовує клінічну бесіду та, за можливості, стандартизовані скринінгові інструменти для оцінки депресивної симптоматики. Важливим є визначення впливу симптомів на соціальне та професійне функціонування пацієнта, а також виключення ендокринних, неврологічних і соматичних причин депресивних проявів.

Принципи лікування депресивних розладів у практиці сімейного лікаря

1. Раннє виявлення та оцінка стану

Рання діагностика депресивних розладів є ключовим етапом ефективного лікування. Рекомендується проводити активний скринінг у пацієнтів із частими соматичними скаргами, хронічною втомою,

порушеннями сну або болем без чіткої органічної причини. Оцінка тяжкості депресивного епізоду (легкий, помірний, тяжкий) повинна супроводжуватися обов'язковою оцінкою ризику суїцидальної поведінки, без необхідності деталізації самих суїцидальних думок у первинному огляді.

2. Біопсихосоціальний підхід

Лікування депресивних розладів повинно базуватися на біопсихосоціальній моделі, що враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Важливо проводити аналіз супутніх соматичних захворювань, прийому лікарських засобів, сімейних обставин та стресових факторів.

3. Диференційований підхід до терапії

Легка депресія:

- психоосвіта пацієнта;
- підтримувальні бесіди;
- корекція способу життя (режим сну, фізична активність, структура дня);
- динамічне спостереження за станом пацієнта.

Помірна депресія:

- психотерапія, за можливості;
- медикаментозна терапія, переважно інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС);
- регулярний контроль ефективності лікування та оцінка побічних ефектів.

Тяжка депресія:

- негайне направлення до психіатра;
- спільне ведення пацієнта сімейним лікарем та психіатром.

4. Безпечне та раціональне призначення антидепресантів

- ініціювання терапії з мінімальних ефективних доз;
- інформування пацієнта, що терапевтичний ефект зазвичай настає через 2–4 тижні;
- контроль прихильності до лікування;
- підтримка терапії не менше 6 місяців після покращення стану.

5. Психоосвіта пацієнта та родини

- пояснення, що депресія є медичним захворюванням, а не проявом «слабкості»;
- формування реалістичних очікувань щодо результатів терапії;
- заохочення підтримки з боку близьких.

6. Динамічне спостереження

- регулярні візити, особливо на початковому етапі лікування;

- оцінка симптоматики, функціонального стану та побічних ефектів лікування;
- корекція терапевтичної тактики за необхідності.

7. Взаємодія з вузькими спеціалістами

Направлення до психіатра або психолога показане у випадках:

- відсутності ефекту від первинного лікування;
- ускладненого перебігу депресії;
- наявності тяжких або атипових симптомів.

8. Дестигматизація та підтримка

- емпатійне та неосудливе ставлення до пацієнта;
- формування довірливих взаємин між лікарем і пацієнтом.

Сімейний лікар забезпечує контроль прихильності пацієнта до лікування та своєчасну корекцію терапевтичних заходів.

9. Ведення супутньої патології

Депресивні розлади часто поєднуються з хронічними соматичними захворюваннями, тривожними розладами та соціальними проблемами. Сімейний лікар координує комплексний підхід до лікування, враховуючи всі супутні стани та оптимізуючи взаємодію між спеціалістами.

Моніторинг і профілактика рецидивів

Тривале спостереження передбачає регулярні контрольні візити, оцінку динаміки симптомів, підтримку ремісії та профілактику повторних депресивних епізодів. Особливу увагу приділяють пацієнтам із факторами ризику хронічного або рецидивуючого перебігу.

Сімейний лікар є ключовою фігурою у системі надання допомоги пацієнтам із депресією. Раннє виявлення, комплексний підхід до лікування та безперервне спостереження значно покращують прогноз і якість життя пацієнтів.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Тривожні та депресивні розлади належать до одних із найбільш поширених психічних порушень у загальній медичній практиці і часто вперше виявляються на рівні первинної медичної допомоги. Клінічні спостереження свідчать, що значна частина пацієнтів із цими станами спершу звертається до сімейного лікаря.

Характерною особливістю тривожно-депресивних розладів є наявність соматичних «масок», що проявляються головним болем, серцебиттям, порушеннями сну та функціональними розладами шлунково-кишкового

тракту. Унаслідок цього психоемоційні порушення часто залишаються недіагностованими.

Коморбідний перебіг тривоги та депресії зустрічається значно частіше, ніж ізольовані форми, що ускладнює клінічну картину та прогноз захворювання. Своєчасна діагностика та раннє призначення лікування на первинному рівні медичної допомоги сприяють поліпшенню прогнозу і зменшенню ризику хронізації стану.

Основні клінічні прояви

Тривожні симптоми

Найбільш характерними клінічними проявами тривожних розладів є:

- постійне відчуття внутрішнього напруження та неспокою;
- надмірні, важкоконтрольовані переживання щодо повсякденних ситуацій;
- вегетативні прояви (серцебиття, пітливість, тремор);
- порушення сну та підвищена дратівливість.

Депресивні симптоми

Основними ознаками депресивного стану є:

- знижений настрій більшу частину дня;
- втрата інтересу або здатності отримувати задоволення;
- підвищена втомлюваність та зниження енергетичного рівня;
- порушення сну та апетиту;
- зниження концентрації уваги та працездатності.

Особливості звернення пацієнтів до сімейного лікаря

У більшості випадків пацієнти не формулюють скарги у вигляді психоемоційних порушень, звертаючись замість цього зі скаргами на:

- біль неясного або функціонального характеру;
- хронічну втому;
- безсоння;
- вегетативні симптоми.

У зв’язку з цим сімейний лікар виконує ключову роль у активному виявленні психоемоційних розладів, поєднуючи соматичний огляд із скринінгом психічного стану пацієнта.

Скринінг тривожно-депресивних розладів у первинній практиці

Для раннього виявлення тривожних та депресивних симптомів доцільно використовувати стандартизовані короткі опитувальники:

- **PHQ-9** — для оцінки вираженості депресивних симптомів;
- **GAD-7** — для оцінки рівня тривожності.

Важливу роль відіграє також клінічна бесіда з використанням відкритих запитань щодо настрою, рівня тривожності та впливу симптомів на повсякденне життя пацієнта. Навіть коротке стандартизоване опитування може сприяти виявленню розладу на ранніх стадіях.

Тактика сімейного лікаря

Немедикаментозні заходи

До немедикаментозних методів належать:

- психоосвіта пацієнта з поясненням природи та перебігу розладу;
- рекомендації щодо нормалізації режиму сну та фізичної активності;
- навчання базових технік зниження рівня стресу;
- регулярні контрольні візити з оцінкою динаміки стану.

Медикаментозна терапія

Медикаментозне лікування призначається відповідно до чинних національних клінічних протоколів. Рекомендується:

- починати терапію з мінімальних ефективних доз;
- регулярно оцінювати ефективність і переносимість лікування;
- інформувати пацієнта про поступовий характер розвитку терапевтичного ефекту.

Показання для направлення до спеціаліста

Направлення пацієнта до лікаря-психіатра або психотерапевта є доцільним у таких випадках:

- відсутність клінічного ефекту від лікування;
- значне порушення соціального або професійного функціонування;
- складний або атиповий перебіг захворювання;
- потреба у спеціалізованій психотерапії.

Роль сімейного лікаря у веденні тривожно-депресивних розладів

Сімейний лікар виконує ключову роль у ранньому виявленні тривожно-депресивних розладів, тривалому спостереженні пацієнтів, зменшенні стигматизації психічних захворювань та координації надання медичної допомоги між різними рівнями системи охорони здоров’я.

Профілактика тривожних та депресивних розладів

Профілактика тривожно-депресивних розладів є важливим напрямом діяльності первинної медичної допомоги. Вона спрямована на зниження ризику виникнення психоемоційних порушень, попередження їх прогресування та хронізації, а також на покращення якості життя пацієнтів. Провідну роль у профілактиці виконує сімейний лікар як фахівець першого контакту.

Первинна профілактика

Первинна профілактика орієнтована на запобігання розвитку тривожних і депресивних розладів у осіб без клінічно виражених симптомів.

Основні заходи первинної профілактики:

- формування здорового способу життя;
- дотримання раціонального режиму праці та відпочинку;
- забезпечення достатньої тривалості та якості сну;
- регулярна помірна фізична активність;
- зменшення впливу хронічного стресу;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції та стресостійкості;
- психоосвіта населення щодо ознак психоемоційних розладів та шляхів їх профілактики.

Сімейний лікар проводить **індивідуальні профілактичні бесіди** під час планових оглядів та диспансерного спостереження.

Вторинна профілактика

Вторинна профілактика спрямована на **раннє виявлення тривожних та депресивних розладів** та своєчасний початок лікування.

Основні заходи вторинної профілактики:

- активний скринінг психоемоційного стану пацієнтів груп ризику;
- використання стандартизованих скринінгових інструментів (PHQ-9, GAD-7);
- регулярна оцінка психічного стану пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями;
- раннє застосування немедикаментозних і медикаментозних методів лікування відповідно до клінічних протоколів.

Раннє виявлення симптомів дозволяє запобігти прогресуванню розладів та розвитку ускладнень.

Третинна профілактика

Третинна профілактика спрямована на **попередження рецидивів захворювання**, зменшення ступеня інвалідизації та соціальної дезадаптації пацієнтів.

Основні заходи третинної профілактики:

- підтримувальна терапія та дотримання рекомендацій лікаря;
- регулярне диспансерне спостереження;
- контроль прихильності пацієнта до лікування;
- психоосвіта пацієнта та членів його родини;
- сприяння соціальній та професійній реабілітації.

Роль сімейного лікаря у профілактиці

Сімейний лікар забезпечує систематичну оцінку психоемоційного стану пацієнтів; виявлення факторів ризику розвитку тривожних і депресивних розладів; проведення профілактичних заходів на індивідуальному та сімейному рівнях; координацію міждисциплінарної допомоги; зменшення стигматизації психічних захворювань серед населення.

Комплексна профілактика тривожних та депресивних розладів на рівні первинної медичної допомоги є ефективним інструментом збереження психічного здоров'я населення. Своєчасні профілактичні заходи сприяють зниженню поширеності цих розладів, покращенню прогнозу та якості життя пацієнтів.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Абсолютний ризик (*absolute risk*) 105

Адаптація 120, 151, 199, 261, 303, 326

Ад'ювантні лікарські засоби 214

Активна терапія 343

Амбулаторно-поліклінічна допомога 13, 183

Антидепресанти 212, 214, 215, 317, 327, 332

Асинхронне телемедичне консультування 139

Б

Бальнеологічні курорти 267

Безпека телемедичного консультування 144, 145

Біологічні маркери 202

Больовий синдром 9, 205, 206, 211

В

Відносний ризик (*relative risk*) 105

Візуально-аналогова шкала (ВАШ) 207

ВІЛ-інфекція 275, 294

Воєнний стан 118, 161

Вторинна (спеціалізована) медична допомога 11, 26

Г

Гарвардський степ-тест 219

Гіподинамія 226, 242, 243,244, 245

Гіпокінезія 244, 245

Госпітальні округи 30, 32, 38

Гострий стресовий розлад (ГСР) 318, 324

Групове консультування/інформування 283

Грязьові курорти 270

Д

Декларація про вибір лікаря 49
Депресія 200, 316, 346, 347
Дистанційний (віддалений) медичний моніторинг 128
Діагноз захворювання 142
Дійсний (кінцевий) клінічний результат (*clinical outcome*) 105
Добровільне медичне страхування (ДМС) 180, 181
Договір медичного страхування 175
Доказова медицина 102, 103,104, 106
Домашня телемедицина 134, 148
Домедична допомога 119
Доступні ліки 44, 56, 60, 122
Дотестове консультування 283, 284, 287, 288, 292

Е

Екстрена медична допомога 12, 13, 123, 183
Екстрена психологічна допомога 310
Електронний рецепт (е-рецепт) 58
Електронна система охорони здоров’я (ЕСОЗ) 126
Емоційне здоров'я 218, 222

З

Застраховані особи 167, 172
Захист інформації 130
Здоровий спосіб життя 78, 224, 241, 244, 279
Здоров'я особистості 218

І

Імунний блот 286
Індивідуальна телемедицина 148
Індивідуальне консультування 284
Інтелектуальне здоров'я 217, 222

Інтенсивна опіка 311, 312
Інформаційна безпека телемедичного консультування 145
Інформована згода пацієнта 131,132, 147

К

Кабінет телемедицини 135, 136
Каузалгія 207
Керівництво mhGAP 300, 301, 302
Класифікація курортів 266
Кліматичні курорти 267
Клінічна безпека 144
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) 323, 327, 331, 335
Кокранівські бази даних 113
Контрольоване дослідження 107,108,117
Корекція ліпідних порушень 250
Кризова інтервенція 311, 331
Ксенобіотики 250

М

Медикаментозне забезпечення 183
Медикаментозне лікування 142, 252, 335, 338, 343, 350
Медикаментозна профілактика 274, 292
Медична допомога 10, 11, 12,23, 39, 40, 73, 74. 80, 98, 121
Медична евакуація 120
Медична реабілітація 258, 259, 265
Медичних інформаційних систем (МІС) 59, 61
Медичне сортування 120
Медичне страхування 165, 166, 167, 180,181, 186
Ментальне (психічне) здоров’я 299
Мета-аналіз 111, 112
Модифіковані фактори ризику 240
Монітор-інтегратор 153, 154

Н

Національна служба здоров'я України 48, 49, 54,56
Невідкладна медична допомога 14
Нейропатичний біль 207, 208
Немодифіковані фактори ризику 240
Неформальне телемедичне консультування 140
Ноцицептивний біль 207

О

Об’єкт медичного страхування 167
Обов’язкове медичне страхування (ОМС) 174, 180
Оперативне лікування 142
Опорні заклади 34, 35, 36, 38
Опосередкований (непрямий) критерій ефективності 105
Освітній аспект 109

П

Паліативна допомога 12, 92, 197, 198, 203, 205
Первинна медична допомога 11, 23, 44, 80,98
Первинне післятестове консультування 288, 291
Передача медичної інформації 157
Перша медична допомога 119
Перша психологічна допомога 308, 309
Післятестове консультування 275, 278, 284, 287, 288, 293
Планова медична допомога 14
Посттравматичний кризовий стан 308
Посттравматичний стресовий розлад 316, 318, 320, 328, 341
Програма медичних гарантій 44, 45, 46, 185
Професійна реабілітація 261, 265
Психологічна реабілітація 261
Психосоматози 209

Р

Рандомізоване дослідження 107, 117
Рандомізовані контрольовані дослідження 105, 112
Реабілітація 27, 41, 119, 157, 160
Рецепт 56, 57
Розлад адаптації 318, 329

С

Санаторно-курортна допомога 13
Синхронне телемедичне консультування 139
Система домашньої (індивідуальної) телемедицини 150
Систематичні огляди 111, 114
Скринінгові програми 184, 216, 237
Соматичний біль 208, 210
Стандарти медичних технологій 192, 194
Стаціонарна (лікарняна) допомога 13
Страхова медицина 165, 169, 176
Страховий медичний поліс 174
Страховики 169, 170
Страхувальники 171
Стресова ситуація 303
Суб’єкти медичного страхування 167

Т

Телеекстрені послуги 126
Телеконсиліуми 126
Телемедична візуалізація 134
Телемедична історія хвороби 143
Телемедичне консультування 133, 136, 137, 139, 140, 147
Телемедицина 125, 127, 128, 148, 161
Телемедицина в асинхронному режимі 128
Телемедицина в режимі реального часу (синхронна телемедицина) 128
Телеметрія 133

Телемоніторинг 126, 133, 134, 150,155
Термінальний стан 201
Третинна (високоспеціалізована) медична допомога 12, 260
Тривалий розлад горя 318, 333, 334

Ф

Фактори ризику 240
Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) 18
Формальне телеконсультування 140
Функціональний статус пацієнта 201

Х

Хронічний біль 206, 209
Хронічний стрес 304, 337

Ц

Центр первинної медико-санітарної допомоги 10,11, 17
центр телемоніторингу 155
Центральної бази даних (ЦБД) 59

Ш

Швидкий біль 208, 209

Я

Якість життя 77, 105, 227, 228, 235, 336, 342
Якість медичної допомоги 33, 35, 102, 194, 244

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Загальна практика – сімейна медицина : підручник у 3х кн. – Кн. 1. Організація первинної медичної допомоги / за ред. проф. Л.С. Бабінець, Н.С. Михайловська– К.: ВСВ «Медицина», 2023. – 448 с.
2. Загальна практика – сімейна медицина: підручник. У 3 кн. – Книга 2. Внутрішня медицина і педіатрія в загальнолікарській практиці / за. ред. проф. Л.С. Бабінець, Н. С. Михайловська, О.О. Лісова – Київ: ВСВ «Медицина», 2025. – 479 с.
3. Загальна практика – сімейна медицина: підручник. У 3 кн. – Кн. 3. Спеціалізована медицина в загальнолікарській практиці / за. ред. проф. Бабінець Л.С., Михайловська Н. С., Грицай Г.В. – Київ: ВСВ «Медицина», 2025. – 463 с.
4. Сімейна медицина: підручник / за заг. ред Матюхи Л.Ф., Колесника П.О., Igor Svab, Milica Katic / Михайловська Н.С., Стецюк І.О. – Ужгород: РІК-У, 2022. – 692 с.
5. Профілактика, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Т.О. Кулинич, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 222 с.

Допоміжна

1. Загальна практика – сімейна медицина: підручник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай [та співавт.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 714 с.
2. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. – К.: ВСВ «Медицина», 2023. – 120 с.
3. Первинна медична допомога: посібник у 2 т. / Л.С. Бабинець, В.М. Ждан, Н.С. Михайловська та ін.; за ред. Л.С. Бабинець. – Львів: «Магнолія 2006», 2019. – Т. 1: Загальні положення, внутрішні хвороби у загальній лікарській практиці. – 580 с.

4. Первинна медична допомога: посібник у 2 т. / Л.С. Бабинець, В.М. Ждан, Н.С. Михайловська та ін.; за ред. Л.С. Бабинець. – Львів: «Магнолія 2006», 2019. – Т. 2: Поліпрофільні питання у загальній лікарській практиці. – 424с.
5. Telemedicine, Telehealth and Telepresence: Principles, Strategies, Applications, and New Directions / ed. by R. Latifi, C. R. Doarn, R. C. Merrell. Cham. – Springer International Publishing, 2021. – 514 p.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Загальна практика – сімейна медицина: підручник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай [та співавт.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 714 с.
2. Загальні підходи до ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в практиці сімейного лікаря : навч. посіб. для студентів VI курсу мед. ф-ту спец. 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» за програмою навч. дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, С. М. Мануйлов. – Вид. 2-ге, доповн. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. – 184 с.
3. Мамон М. О. Телемедицина у сімейній медицині / М. О. Мамон, А. С. Марченко // European congress of scientific discovery : Proceedings of V International Scientific and Practical Conference, Madrid, Spain, 28–30 April 2025 / sci-conf.com.ua. – Madrid, 2025. – P. 88–90.
4. Профілактика, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Т.О. Кулинич, І.О. Стецюк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 222 с.
5. Паліативна та хоспісна допомога в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія» / Н. С. Михайловська, Г. В. Грицай, Т. О. Хокер. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2022. – 117 с.
6. Загальна практика – сімейна медицина : підручник у 3х кн. – Кн. 1. Організація первинної медичної допомоги / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – К.: ВСВ «Медицина», 2023. – 448 с.
7. Загальна практика – сімейна медицина: підручник. У 3 кн. – Кн. 3. Спеціалізована медицина в загальнолікарській практиці / за. ред. проф. Бабінець Л.С., Михайловська Н. С., Грицай Г.В. – Київ: ВСВ «Медицина», 2025. – 463 с.
8. Актуальні аспекти профілактики і превентивної медицини у загально лікарській практиці.Част.1: навч. посібник / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – Тернопіль : Осадца Ю.В., 2023. – 616 с.

9. Актуальні аспекти профілактики і превентивної медицини у загально лікарській практиці.Част.2: навч. посібник / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – Тернопіль : Осадца Ю.В., 2023. – 622 с.
10. Паліативна та хоспісна медицина: медико-соціальні аспекти: навч. посібник / за ред. проф. Л.М. Пасієшвілі, проф. А.А. Заздравова / Михайловська Н.С., Лісова О.О. – Львів: Марченко Т.В., 2023. – 340 с.
11. Сімейна медицина: підручник / за заг. ред Матюхи Л.Ф., Колесника П.О., Igor Svab, Milica Katic / Михайловська Н.С., Стецюк І.О. – Ужгород: РІК-У, 2022. – 692 с.
12. Нутриціологія в сімейній медицині. Частина І: Загальні питання. Навч. посібник / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – Львів: «Магнолія 2006», 2023. – 376 с.
13. Нутриціологія в сімейній медицині. Частина ІІ: Спеціалізовані аспекти. Навч. посібник / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – Львів: «Магнолія 2006», 2023. – 348 с.
14. Інновації медичної науки – в практику сімейного лікаря: науково-методичний посібник / За ред. проф. Л.Ф. Матюхи, проф. Л.С. Бабінець, Михайловська Н.С., Коновалова М.О., Мануйлов С.М., Шершньова О.В. Випуск 3-4. – Київ, АНФ ГРУП, ТОВ, 2021. – 640 с.
15. Нутритивний статус пацієнтів в загально лікарській практиці. Частина 2. Спеціалізовані аспекти: навчально-методичний посібник за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С., Лісова О.О., Кулинич Т.О., Грицай Г.В., Шершньова О.В.. – Тернопіль: Осадца Ю.В., 2021. – 448 с.
16. Реабілтація в сімейній медицині: підручник / за ред. проф. Л.С. Бабінець / Михайловська Н.С. – Львів: «Магнолія 2006», 2021. – 476 с.
17. Первинна медична допомога: посібник у 2 т. / Л.С. Бабинець, В.М. Ждан, Н.С. Михайловська та ін.; за ред. Л.С. Бабинець. – Львів: «Магнолія 2006», 2019. – Т. 1: Загальні положення, внутрішні хвороби у загальній лікарській практиці. – 580 с.
18. Первинна медична допомога: посібник у 2 т. / Л.С. Бабинець, В.М. Ждан, Н.С. Михайловська та ін.; за ред. Л.С. Бабинець. – Львів: «Магнолія 2006», 2019. – Т. 2: Поліпрофільні питання у загальній лікарській практиці. – 424с.
19. Керівництво mhGAP для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я (версія 2.0) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf

20. Психічні розлади воєнного часу. Монографія. – К:Медкнига, 2023. – 232с.
21. Інструменти mhGAP для громади. Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я ВООЗ (mhGAP). World Health Organization, 2022. – 120 с.
22. Важливі навички в періоди стресу: Ілюстроване керівництво. World Health Organization, 2021. – 127 с.
23. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря (за досвідом Словенії та Хорватії). / Л. С. Бабінець, Ю. Я. Коцаба. – Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2020. – № 1. – С. 46-52.
24. Терапія горя (R. A. Neimeyer, 2015, переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська, обкладинка Анастасія Гридасова). – Київ, 2021. –259 с.
25. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. – К.: ВСВ «Медицина», 2023. – 120 с.
26. Хронічний стрес та легкі депресивні розлади в практиці сімейного лікаря: нові можливості комбінованих фармакологічних засобів / С. Г. Бурчинський, М. А. Калініченко // Ліки України, 2024. – № 8(284). – С. 5–9.
27. Панько Т. В. Депресія і війна / Т. В. Панько // Здоров’я України, 2023. – № 1 (64). – С. 10–11.
28. Telemedicine, Telehealth and Telepresence: Principles, Strategies, Applications, and New Directions / ed. by R. Latifi, C. R. Doarn, R. C. Merrell. Cham. – Springer International Publishing, 2021. – 514 p.
29. Digital Health: Telemedicine and Beyond / ed. by Patel D. – Academic Press, 2024. – 553 p.

ЕЛЕКТРОННІ ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ

1. 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
2. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи». [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text
3. Наказ МОЗ України від 04.11.2011 № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації» . [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1477-11#Text
4. Постанова КМУ «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text
5. Наказ МОЗ України від 20.02.2017 № 165 “Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ”. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.medcv.gov.ua/archives/3580
6. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров’я затверджено Наказом МОЗ України від 19.10.2015 № 681. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15
7. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі затверджено Наказом МОЗ України від 25 квітня 2012 р. № 311. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/311_2012/dod_311_2ykpmd.pdf
8. Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р. Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05
9. Школа пацієнта: як організувати індивідуальне навчання хворого. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://www.medsprava.com.ua/article/1254-shkola-patsnta-yak-organzuvati-ndivdualne-navchannya-hvorogo

10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Затверджено: наказ МОЗ України 23.02.2016 № 121 https://forpost-center.org/wp-content/uploads/2019/06/stress.pdf
11. Настанова 00733. Розлади адаптації https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3524
12. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#n8
13. Наказ МОЗ України № 1695 17.09.2022 Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22
14. Закон України №3301-IX від 09.08.2023 Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо функціонування телемедицини [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3301-20
15. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]. − Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12