

# Інтеграція послуг з акушерства і гінекології на рівень первинної медичної допомоги в Україні

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, О.С. Щербінська<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (раніше – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), м. Київ

<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В історичному вимірі в Україні сімейна медицина (СМ) започаткована як пілотний проект у Львівській області у 1987 р. У 1992 р. після успішного втілення елементів СМ прийнято рішення про реорганізацію дільничної служби у СМ. Цей процес був розрахований на декілька років і його проведення було заплановано у 5 етапів: I етап – ДТ (дільничні терапевти) виконують функції лікарів, спеціалізація яких максимально наближена до терапії; II етап – ДТ замінюють лікарів більш вузьких спеціальностей; III етап – ДТ надають не тільки первинну медичну допомогу (ПМД), але й спостерігають пацієнтів з хронічними захворюваннями; IV етап – ДТ надають акушерсько-гінекологічну допомогу, а вагітні звертаються по допомогу до сімейного лікаря; V етап – повна перекваліфікація ДТ, які мають стати кваліфікованими лікарями загальної практики–сімейної медицини (ЛЗП-СМ).

Упровадження акушерсько-гінекологічних послуг у СМ планувалося на IV етапі, процес цей був довгоочікуваним і передбачав перш за все навчання сімейних лікарів акушерсько-гінекологічних технологій і навичок. І тільки у 2002 р. галузевим Наказом МОЗ України №503 від 28.12.2002 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» були вперше визначені особливості функцій сімейного лікаря з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, а Наказом МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» було розширено функції ЛЗП-СМ з питань акушерсько-гінекологічної допомоги.

Проте з огляду на проведений аналіз інтеграція акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД є вкрай недосконалою, що робить її недоступною для населення, неефективною у профілактичному спрямуванні, недосяжною для організації лікувального процесу у випадках гінекологічних захворювань. Крім того, між галузевим Наказом з питань ПМД № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», у якому не визначені для ЛЗП-СМ обстежувальні та інструментальні акушерсько-гінекологічні технології, та означеними клінічними протоколами, затвердженими наказами МОЗ України, існують юридичні колізії, які не сприяють інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД.

**Ключові слова:** первинна медична допомога, лікарі загальної практики–сімейної медицини, накази МОЗ України.

## Integration of obstetrics and gynecology services into primary health care

N. Ya. Zhilka, G. O. Slabky, O. S. Shcherbinska

In the historical dimension in Ukraine, family medicine (SM) was founded as a pilot project in the Lviv region in 1987. In 1992, after the successful introduction of the elements of the SM, a decision was made to reorganize the district service in the SM. This process was designed for several years and its implementation was planned in 5 stages: Stage I - UT (local therapist) perform the functions of doctors whose specialization is as close as possible to therapy; Stage II - UT replace doctors of narrower specialties; Stage III - UT provide not only primary health care (PTD), but also monitor patients with chronic diseases; Stage IV - UT provide obstetric and gynecological care, and pregnant women seek help from a family doctor; Stage V - complete retraining of UT, who must become qualified general practitioners - family medicine (GP-SM).

The introduction of obstetric and gynecological services in the medical department was planned at stage IV, this process was long-awaited and provided, first of all, the training of family doctors in obstetric and gynecological technologies and skills. And only in 2002, the sectoral Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 503 of 28.12.2002 «On the improvement of outpatient obstetric and gynecological care in Ukraine» for the first time defined the features of the functions of a family doctor to provide obstetric and gynecological care, and the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 15.07.2011 No. 417 «On the organization of outpatient obstetric and gynecological care in Ukraine», the functions of the GP-SM on obstetric and gynecological care were expanded.

However, taking into account the results of the analysis, the integration of obstetric and gynecological services at the PHC level is extremely imperfect, which makes it inaccessible to the population, ineffective in the preventive direction, unattainable for organizing the treatment process in cases of gynecological diseases. In addition, there are legal conflicts between the sectoral order on PMP No. 504 «On the approval of the procedure for the provision of primary health care», which does not define examination and instrumental obstetric and gynecological technologies for GP-SM, and the designated clinical protocols approved by orders of the Ministry of Health of Ukraine which do not contribute to the integration of obstetric and gynecological services at the PHC level.

**Keywords:** primary health care, general practitioners - family medicine, orders of the Ministry of Health of Ukraine.

## Интеграция услуг по акушерству и гинекологии на уровень первичной медицинской помощи Н.Я. Жилка, Г.А. Слабкий, Е.С. Щербинская

В историческом измерении в Украине семейная медицина (СМ) основана как пилотный проект во Львовской области в 1987 г. В 1992 г. после успешного внедрения элементов СМ принято решение о реорганизации участковой службы в СМ. Этот процесс был рассчитан на несколько лет и его проведение было запланировано в 5 этапов: I этап – УТ (участковые терапевты) выполняют функции врачей, специализация которых максимально приближена к терапии; II этап – УТ заменяют врачей более узких специальностей; III этап – УТ оказывают не только первичную медицинскую помощь (ПМП), но и наблюдают пациентов с хроническими заболеваниями; IV этап – УТ оказывают акушерско-гинекологическую помощь, а беременные обращаются за помощью к семейному врачу; V этап – полная переквалификация УТ, которые должны стать квалифицированными врачами общей практики–семейной медицины (ВОП–СМ).

Внедрение акушерско-гинекологических услуг в СМ планировалось на IV этапе, процесс этот был долгожданным и предусматривал прежде всего обучение семейных врачей акушерско-гинекологическим технологиям и навыкам. И только в 2002 г. отраслевым Приказом МЗ Украины №503 от 28.12.2002 «О совершенствовании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» впервые определены особенности функций семейного врача по оказанию акушерско-гинекологической помощи, а Приказом МЗ Украины от 15.07.2011 № 417 «Об организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» были расширены функции ВОП–СМ по вопросам акушерско-гинекологической помощи.

Однако, учитывая результаты проведенного анализа, интеграция акушерско-гинекологических услуг на уровень ПМП является крайне несовершенной, что делает ее недоступной для населения, неэффективной в профилактическом направлении, недостижимой для организации лечебного процесса в случаях гинекологических заболеваний. Кроме того, между отраслевым приказом по ПМП № 504 «Об утверждении порядка оказания первичной медицинской помощи», в котором не определяются для ВОП-СМ обследовательские и инструментальные акушерско-гинекологические технологии, и обозначенными клиническими протоколами, утвержденными приказами МЗ Украины, существуют юридические коллизии, которые не способствуют интеграции акушерско-гинекологических услуг на уровень ПМП.

**Ключевые слова:** *первичная медицинская помощь, врачи общей практики–семейной медицины, приказы МЗ Украины.*

За твердженням ВООЗ, завдяки наданню первинної медичної допомоги (ПМД) системи охорони здоров'я зможуть краще реагувати на мінливі потреби у галузі охорони здоров'я; надавати комплексну допомогу та підвищити свою ефективність у цілому. Особи, які приймають рішення, шукають моделі для реорганізації систем первинної допомоги відповідно до цих очікувань [1]. На даному етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні пріоритетним напрямком є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (СМ) із затвердженням МОЗ України «Порядку надання первинної медичної допомоги» [2–4].

Особливої важливості у цих умовах набуває питання надання медичної допомоги жінкам, урахуовуючи необхідність вєдодіння медичними працівниками первинної ланки спеціальними теоретичними та практичними навичками і погіршення стану гінекологічного здоров'я жінок [5, 6].

**Мета роботи:** аналіз стану інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПДМ.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стала законодавча база України із зазначеного питання, а методами дослідження – бібліосемантичний та метод структурно-логічного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В історичному вимірі в Україні сімейна медицина (СМ) започаткована як пилотний проект у Львівській області у 1987 р. Було відкрито сімейні відділення на базі поліклінік та сімейні амбулаторії у віддалених районах обслуговування. Контингент населення, прикріпленого до сімейного лікаря (СЛ) для отримання ПМД, формувався на підставі права вільного вибору лікаря у межах

затверджених нормативів навантаження [7, 8]. У 1992 р. після успішного втілення елементів сімейної медицини прийнято рішення про реорганізацію дільничної служби у СМ. Цей процес був розрахований на декілька років і його проведення було заплановано у 5 етапів:

I етап – ДТ (дільничні терапевти) виконують функції лікарів, спеціалізація яких максимально наближена до терапії;

II етап – ДТ замінюють лікарів більш вузьких спеціальностей (ендокринологів, отоларингологів, офтальмологів та ін.);

III етап – ДТ надають не тільки ПМД, але й спостерігають пацієнтів з хронічними захворюваннями;

IV етап – ДТ надають акушерсько-гінекологічну допомогу, а вагітні звертаються по допомогу до СЛ;

V етап – повна перекваліфікація ДТ, які мають стати кваліфікованими лікарями загальної практики–сімейної медицини (ЛЗП–СМ) [7, 9].

Тобто можна стверджувати, що інтеграція акушерсько-гінекологічних послуг у СМ у країні розпочалася з початку 90-х років минулого століття на прикладі розвинутих країн світу [10–22].

З 1995 р. розпочата підготовка СЛ за програмою, затвердженою МОЗ України, а у 2000 р. – Постановою КМУ № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я»; впровадження СМ затверджене протягом 2000–2005 рр. Стратегічні напрями її впровадження визначені у Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженої Указом Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000, як шлях перспективних системних змін у галузі. Про актуальність і необхідність розбудови цього напрямку реформування галузі свідчать Програма діяльності Кабінету Міністрів України «Послідовність. Ефективність. Відповідальність», затверджена постановою ВРУ від 16.03.2004 № 1602-IV, та Стратегія економічного

та соціального розвитку України «Шляхом європейської інтеграції», затверджена Указом Президента України від 28.04.2004 № 493/2004. З метою підготовки спеціалістів створені кафедри загальної практики–сімейної медицини (ЗПСМ) в усіх 17 вищих медичних навчальних закладах (ВМНЗ) і закладах післядипломної освіти, на базі яких проводиться підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації фахівців [23].

В Україні ЗПСМ – це академічна і наукова дисципліна, що має власний предмет вивчення, викладання, досліджень у рамках доказової медицини (ДМ), клінічної діяльності. За таких підходів, на думку ВООЗ, СМ може забезпечити охорону здоров'я для всіх. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття» держава має забезпечити безперервність ПМД [24, 25].

Оскільки впровадження акушерсько-гінекологічних послуг у СМ планувалося на п'ятому етапі, процес цей був довгоочікуваним і передбачав, перш за все, підготовку і навчання СЛ акушерсько-гінекологічних технологій і навичкам. І тільки у 2002 р. галузевим наказом МОЗ України №503 від 28.12.2002 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» було вперше визначені особливості функцій СЛ щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

### I. Профілактичні заходи:

1. Проведення санітарно-освітньої роботи з питань здорового способу життя, статевого виховання, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом.
2. Організація та забезпечення контролю своєчасності і повноти профілактичних оглядів жіночого населення.
3. Оцінювання соціальних та екологічних чинників, які впливають на стан репродуктивного здоров'я прикріпленого контингенту людей.
4. Виявлення і диспансеризація дівчаток, дівчат та жінок з факторами репродуктивного ризику.
5. Організація і проведення навчання сімей сучасних методів планування сім'ї.
6. Своєчасне виявлення вагітних та проведення динамічного нагляду за ними.
7. Навчання вагітних раціонального режиму дня, харчування, підготовки до пологів, проведення психопрофілактики під час вагітності.
8. Навчання та консультування за методами, що забезпечують гармонію у шлюбі.
9. Проведення заходів з профілактики ускладнень у післяпологовий період.

### II. Діагностичні заходи:

1. Визначення ступеня статевого розвитку.
2. Діагностика соматичних захворювань, захворювань жіночих статевих органів, грудної залози, хвороб, що передаються статевим шляхом.
3. Діагностика вагітності з визначенням її терміну, оцінювання перебігу вагітності, виявлення ускладнень та екстрагенітальної патології.
4. Оцінювання стану плода.
5. Динамічний нагляд породіль у післяпологовий період, діагностика ускладнень.

6. Діагностика невідкладних станів: маткової кровотечі, у тому числі під час вагітності, «гострого» живота, травм статевих органів.
7. Організація та забезпечення консультації профільних спеціалістів.
8. Визначення показань для консультації профільних спеціалістів.
9. Проведення маніпуляцій: зовнішнє акушерсько-гінекологічне обстеження; бімануальне обстеження органів малого таза (вагінальне, ректовагінальне).
10. Визначення показань для невідкладної госпіталізації.

### III. Лікувальні заходи (у межах первинної медико-санітарної допомоги):

1. Первинна лікарська допомога при травмах зовнішніх статевих органів з подальшою госпіталізацією.
2. Забезпечення термінової госпіталізації при маткових кровотечах, у тому числі під час вагітності, гострих запальних захворюваннях статевих органів та інших невідкладних станах.
3. Первинна лікарська допомога та динамічний нагляд при легких формах запальних захворювань статевих органів у дівчаток, дівчат та жінок з обов'язковою консультацією профільних спеціалістів.
4. Динамічний нагляд та лікування патологічного клімаксу згідно з рекомендаціями профільних спеціалістів.
5. Динамічний нагляд та лікування згідно з рекомендаціями спеціалістів вагітних після виписки із профільного стаціонару за наявності таких станів:
  - невиношування вагітності;
  - екстрагенітальна патологія та патологія вагітності;
  - ускладнення перебігу вагітності;
  - ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез.

Цим наказом була унормована наступність у взаємодії СЛ і акушера-гінеколога, що надає вторинну медичну допомогу, а також визначений порядок скерування пацієнтки на вищий рівень організації акушерсько-гінекологічної допомоги, після чого акушер-гінеколог має видати Консультативний висновок з рекомендаціями щодо спостереження за пацієнткою ЗПСМ [26].

Правонаступником означеного нормативного документа став Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Він на виклик часу та потреби населення у доступній медичній допомозі, яку покликана забезпечити ПМД, розширює можливості взаємодії акушерсько-гінекологічної служби та СМ шляхом поглиблення процесів інтеграції послуг, визнаючи, перш за все, забезпечення підготовки ЛЗП–СМ за програмою тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Оскільки практика продемонструвала абсолютну неготовність на той час надавати послуги з акушерства та гінекології ЛЗП–СМ [27].

Спеціалісти з управління охороною здоров'я шляхом міжсекторального підходу у складі робочої групи вважають за доцільне дозволити ЛЗП–СМ спостеріга-

ти за здоровою вагітністю (у разі фізіологічного її перебігу) після проходження циклу тематичного удосконалення з надання акушерсько-гінекологічної допомоги та наявності сертифіката разом із дорученням служби статистики МОЗ України забезпечити статистичний облік всіх вагітних, які знаходяться на обліку як у ЛЗП–СМ, так і в акушера-гінеколога, шляхом внесення відповідних змін до форм статистичної звітності. Проте до сьогодні це не виконано. У статистичній звітності відсутні дані спостереження за перебігом вагітності ЛЗП–СМ, що дало б можливість аналізувати процес інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у ПМД, з одного боку, з іншого – проаналізувати якість ПМД у наданні акушерської допомоги у рамках ПМД з метою її удосконалення.

Наказом МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» визначається також порядок організації послуг з акушерства та гінекології на I рівні, зокрема амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують у ФАП, в амбулаторіях ЗПСМ (без акушера-гінеколога).

Визначається також обсяг та спрямування роботи спеціалістів: амбулаторна робота акушерки на I етапі в основному має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням ЛЗП–СМ/акушерки/фельдшера. Розуміючи важливість наслідків перебігу вагітності, навіть за неускладненого її перебігу, наказом унормовується обов'язкова консультація акушера-гінеколога жіночої консультації у 19–21 і 30 тиж вагітності. Визначено також дії ЛЗП–СМ у разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології – вагітна негайно передається під нагляд акушера-гінеколога. У додатку 1 до наказу деталізуються функції ЛЗП–СМ з метою методичного забезпечення фахівців, ураховуючи їхню недосконалу підготовку. Рекомендовано ЛЗП–СМ направляти вагітних на консультацію до акушера-гінеколога у разі виявлення таких патологічних станів:

- анемія вагітних середнього і важкого ступенів (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень зі статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень.

Необхідна невідкладна консультація акушера-гінеколога у разі виникнення у I триместрі вагітності таких станів:

- затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і за відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД;

- виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріона, нечітка візуалізація ембріона;
- блювання вагітних середнього і важкого ступенів з кетонуриєю;
- періодичний тягнучий біль у нижній ділянці живота;
- напади переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- кров'янисті виділення із піхви.

У II триместрі вагітності визначені стани, наведені нижче, вимагають від ЛЗП–СМ невідкладної консультації акушера-гінеколога:

- періодичний тягнучий біль унизу живота;
- напади переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви;
- зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 с і виникають частіше 4 разів протягом 1 год; менше ніж 10 рухів за 10 год);
- зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 за 1 хв або 110 і менше за 1 хв;
- невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну;
- виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур головки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія).

Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у III триместрі вагітності, такі:

- періодичний тягнучий біль унизу живота;
- напади переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви;
- зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 с і виникають частіше 4 разів протягом 1 год; менше ніж 10 рухів за 10 год);
- зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 за 1 хв або 110 і менше за 1 хв;
- невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну;
- виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур головки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія);
- головний біль при поєднанні із підвищенням АТ;
- неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- поява або прогресування змін на очному дні.

Показаннями до негайної госпіталізації є:

- кров'янисті виділення зі статевих шляхів,
- відходження навколоплідних вод,
- підвищення температури тіла більше 38° С,
- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.,
- головний біль,

- порушення зору,
- біль в епігастральній ділянці або правому підребер'ї,
- ознаки печінкової недостатності,
- олігурія (< 25 мл/год),
- тромбоцитопенія (< 100·10<sup>9</sup>/л),
- будь-які стани, що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Як визнають особи, що приймають рішення, та ВООЗ, ПМД перш за все має профілактичне спрямування. Тому в амбулаторіях ЗПСМ рекомендується прегравідарна підготовка у «Школі відповідального батьківства», хоча й з обмеженими технологіями з доведеною ефективністю, а саме – не визначені порядок обстеження вагітної на ПСШ, контроль вакцинації вагітної, не пропонується визначення вмісту вітаміну D, який має велике прогностичне значення у профілактиці невиношування вагітності.

З профілактичною метою при нагляді за вагітною в амбулаторних умовах ЛЗП–СМ необхідно дотримуватись плану ведення вагітних за конкретним графіком візитів, що відповідає рекомендованим технологіям ВООЗ [26].

Із наведених вимог щодо виконання своїх функціональних обов'язків ЛЗП–СМ видно, що спостереженню за перебігом вагітності приділяється значна увага на національному рівні шляхом методичної допомоги. Окрім цього, ЛЗП–СМ, щоб діагностувати ускладнення перебігу вагітності, повинен мати терапевтичні, хірургічні, офтальмологічні, акушерсько-гінекологічні та інші вузькоспрямовані навички. Моніторинг якості інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД, як і контроль впровадження цього процесу, нічим, ні іншими нормативними документами не визначені. Результатів наукових досліджень ефективності надання акушерської допомоги ЛЗП–СМ не знайдено у доступній вітчизняній літературі.

Щодо виявлення гінекологічної патології, то на ЛЗП–СМ покладаються завдання проводити профілактичні огляди як дорослого жіночого населення, так і, відповідно до законодавства України, дитячого та підліткового віку. Профілактичні огляди забезпечуються дівчатам з 14 років та всім жінкам за їхньою поінформованою згодою, які звернулися вперше у поточному році до ЗОЗ. Хоча законодавчою вимогою (ст.284 Цивільного Кодексу) не означено, що дівчаток віком до 14 років оглядають за дозволом батьків або законних представників.

У п. 4.4 наказу неправильно визначено проведення профілактичних оглядів дівчат з 18 років у присутності батьків, оскільки, згідно з Цивільним Кодексом, дівчата віком понад 14 років самостійно можуть звертатися до лікаря, а за ст. 285 батьки або законні представники можуть бути поінформовані щодо стану здоров'я їхньої дівчинки у разі звернення [28].

Діагноз захворювання встановлюється на підставі скарг, анамнезу, даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження. Наступні ж заходи спрямовані на попередження онкологічної патології, і рекомендується здійснювати їх ЛЗП–СМ під час профілактичних оглядів жінок, а саме: проводять огляд та пальпацію грудних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах,

забір вагінальних мазків для онкоцитологічного (за відсутності патології – 1 раз на 3 роки) і бактеріоскопічного досліджень (за показаннями), виконують пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження.

Інтеграція акушерсько-гінекологічної допомоги на рівень ПМД чітко прослідковується і в розробленій примірній посадовій інструкції ЛЗП–СМ з надання акушерсько-гінекологічної допомоги [26]. Зокрема, за основними компетенціями СЛ проводиться медична опіка над вагітною за допомогою виконання таких заходів:

*I. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота:*

1. Організація школи відповідального батьківства. Консультування та проведення навчання майбутніх батьків з питань вигодовування, догляду за залишком пуповини та шкірою немовляти, безпеки дитини, характеру сну та випорожнень, нормального фізичного та психічного розвитку дитини, графіку щеплень та ін.

2. Розроблення індивідуальних рекомендацій та проведення консультування батьків з питань: порушення харчування і вигодовування; порушення поведінки дитини; взаємостосунків між батьками і дитиною та ін.

3. Координація вирішення психосоціальних проблем, що виникають у вагітних та в їхніх сім'ях.

4. Навчання вагітних раціонального режиму дня, харчування.

5. Консультування та підготовка вагітних та членів їхніх сімей до появи новонародженого.

6. Консультування з питань підготовки до пологів.

7. Консультування вагітної щодо ознак початку пологів.

8. Індивідуальні і групові консультування з питань профілактики ПСШ/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції, у тому числі післяпологової контрацепції, профілактики вроджених вад розвитку (насамперед за допомогою фолевої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб; імунопрофілактики.

*II. Діагностика вагітності, спостереження та організація маршруту вагітної:*

1. Діагностика та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності згідно з чинним клінічним протоколом; своєчасне взяття вагітних на облік (до 12 тиж гестації).

2. Організація роботи на робочому місці.

3. Зосереджена на пацієнтові допомога.

4. Володіння спеціальними навичками.

5. Всебічний, комплексний підхід.

6. Холістичний підхід.

7. Взаємодія з другим рівнем надання медичної допомоги (своєчасне скерування вагітної до акушера-гінеколога та на інструментальне (УЗД) і параклінічне обстеження).

8. Розроблення індивідуального плану дій вагітної (і дорослих членів родини, що мешкають з нею) при ознаках початку пологової діяльності.

9. Планове скерування до пологового будинку.

10. Виявлення та скерування вагітних груп ризику на вищий рівень надання медичної допомоги: діагностика відхилень від фізіологічного перебігу вагітності; направлення на 2-й рівень; зворотний зв'язок з 2-м

рівнем (обмін інформацією); контроль за виконанням вагітною рекомендацій спеціалістів вищого рівня.

11. Надання допомоги вагітним при невідкладних станах згідно з клінічними протоколами і настановами; дистанційне консультування зі спеціалістами 2-го і 3-го рівнів і отримання від них вичерпної інформації щодо клінічної ситуації; організація транспортування на вищий рівень (за потреби), ретельне документування наданої допомоги; негайне направлення до спеціаліста при прогностично тяжких ускладненнях вагітності.

14. Динамічне спостереження за породіллями: отримання від фахівців 2-го і 3-го рівнів вичерпної інформації щодо стану породіллі і новонародженого; виконання призначень фахівців 2-го і 3-го рівнів та контроль за дотриманням їхніх рекомендацій породіллями; організація патронажу згідно з чинними клінічними протоколами та настановами; консультування з питань гігієни у післяпологовий період та з питань підтримки грудного вигодовування.

15. Профілактика, рання діагностика і надання допомоги при післяпологових ускладненнях з легким перебігом (психологічний статус, лактостаз, тріщини сосків, затримка інволюції матки) та скерування за необхідності породіль на вищий рівень; організація психосоціальної підтримки інших членів сім'ї.

### III. Практичні і комунікативні навички:

1. Проведення консультувань, бесід, лекцій, тренінгів.  
2. Оцінювання стану вагітної, показників життєво важливих функцій, визначення ступеня невідкладності випадку.

3. Огляд у дзеркалах, здійснення бімануального гінекологічного обстеження, забір матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного досліджень, пальцева та ректальне обстеження, огляд і пальпація грудних залоз.

4. Проведення і оцінювання експрес-тесту на вагітність, вимірювання висоти стояння дна матки, обводу живота, терміну вагітності та дати пологів за датами останньої менструації та першого руху плода.

5. Визначення положення плода у матці, оцінювання стану плода (аускультация серцебиття, ведення графіків).

6. Визначення ступеня зрілості шийки матки, оцінювання ступеня ризику у вагітних.

7. Оцінювання параклінічних методів обстеження вагітної.

На нашу думку, опосередковано можна зробити висновки щодо готовності ЛЗП–СМ надавати гінекологічну допомогу на підставі результатів соціологічного дослідження інформованості ЛЗП–СМ про профілактику раку шийки матки (Т.В. Благуляк, 2015).

Як зазначено у дослідженні, рівень інформованості ЛЗП–СМ щодо профілактики раку шийки матки має визначальне значення у сучасних умовах організації вітчизняної системи охорони здоров'я, яка характеризується пріоритетністю СМ. На спеціалістів з СМ покладається відповідальність за профілактичну роботу.

Про питання обстеження шийки матки, викладені у клінічному протоколі «Доброякісні та передракові процеси шийки матки», затвердженого Наказом МОЗ України від 31.12.2003 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології», знала

тільки половина опитаних спеціалістів (44,2%), а про визначену протоколом необхідність під час обстеження шийки матки насамперед здійснити забір матеріалу для цитологічного дослідження не знали 37,2%, а про пробу Шиллера як важливу діагностичну процедуру, дуже просту у використанні, взагалі не знав ніхто із опитаних СЛ (оброблення шийки матки розчином Люголя, що візуально демонструє незабарвлені патологічні ділянки, у разі виявлення яких пацієнтку необхідно скерувати на обстеження до акушера-гінеколога, щоб не допустити розвитку раку шийки матки).

Показовим стало дослідження обізнаності ЛЗП–СМ щодо першочергових стратегічних підходів до ведення жінок віком до 23 років із патологією шийки матки, про що особливо наголошено у клінічному протоколі. Інформовані про бактеріоскопічне обстеження з метою виключення запального процесу лише 16,3%, про обстеження на наявність вірусу папіломи людини (ВПЛ) – 48%, забір матеріалу для цитологічного дослідження – 65%. Одержані результати свідчать про недостатню підготовленість ЛЗП–СМ до проведення профілактичних заходів щодо раку шийки матки.

Загально відомо, що у разі виявлення запального процесу необхідно провести протизапальну терапію, про що знають лише 7,0% СЛ. Це свідчить про низький рівень підготовки не лише з питань профілактики раку шийки матки, а й загальних питань, оскільки будь-яке запалення потребує протизапальної терапії.

Певна кількість СЛ хибно вважають, що ІПСШ профілактує внутрішньоматкова спіраль, гормональна контрацепція, переривання статевого акту та бар'єрні засоби (шийкові ковпачки, вагінальні свічки і таблетки, вагінальні креми). Це свідчить про невідповідність СЛ з питань планування сім'ї. Відоме гасло ефективних медичних технологій за ВООЗ – «не втратити пацієнта» (тобто використати усі наявні можливості при одночасному виявленні патології, лікувати її і одночасно провести обстеження з подальшим контролем результатів). Контроль результатів не проводять 53% ЛЗП–СМ. Наприклад, так використовуються синдромний метод у разі виявлення ІПСШ.

З такими інноваційними технологіями профілактики раку шийки матки, як профілактика інфікування ВПЛ, що є причиною виникнення раку шийки матки у 80–90% випадків, та з вакцинопрофілактикою ВПЛ ознайомлені у середньому 53,5% ЛЗП–СМ, що є важливим чинником неефективності профілактичного напрямку ПМД.

Отже, за наведеними даними можна стверджувати, що ЛЗП–СМ не мають достатньої підготовки з питань акушерства та гінекології, а тому рівень інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД є недостатнім. Це впливає на зниження ефективності ПМД [29].

У проведеному дослідженні у 2018 р. [23] майже половина (45,3%) пацієнтів, яких лікував ЛЗП–СМ, незадоволена якістю наданої медичної допомоги; 96,0% СЛ отримали підготовку з СМ шляхом перепідготовки на післядипломному рівні, з них 78,2% пройшли перепідготовку зі спеціальності лікаря-терапевта, 13,9% – лікаря-педіатра, 0,3% – лікаря-інфекціоніста, 2,6% – акушера-гінеколога, 5,0±1,1% – з іншої лікарської спеціальності. Підготовку з СМ в інтернатурі як первинну спеціалізацію отримали 4,0%; лише половина ЛЗП–

СМ мають задовільні умови організації їхньої роботи та детально ознайомлені з табелем оснащення сімейної амбулаторії. Жоден лікувальний заклад, в якому працюють опитані ЛЗП-СМ, не має обладнання у повній відповідності до унормованого табеля оснащення.

Отже, умови роботи ЛЗП-СМ недостатньо організовані для надання якісних послуг, зокрема спостерігається недостатня кваліфікаційна підготовка, відсутність необхідного обладнання та оснащення робочого місця, а також слабкі мотиваційні важелі організації його роботи не дають змоги забезпечити ефективну ПМД, у тому числі інтеграційні процеси щодо впровадження акушерсько-гінекологічних послуг на рівні ПМД.

З метою удосконалення та розвитку ПМД МОЗ України у 2018 р. унормовує порядок організації ПМД Наказом від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», у якому передбачається динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги. Про виявлення гінекологічної патології галузевий наказ у СМ не зазначається. Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД, також не визначає проведення фізикального гінекологічного обстеження або бактероскопічного чи цитологічного досліджень. На нашу думку, такі підходи не сприяють інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД [30].

На сьогодні певні процеси інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД визначаються клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної патології: «Кесарів розтин» [31], «Планування сім'ї» [32], «Залізодєфіцитна анемія» [33], «Аномальні маткові кровотечі» [34], «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом» [35], «Профілактика

передачі ВІЛ від матері до дитини» [36], у якому, до прикладу, визначаються консультативні послуги для ВІЛ-інфікованих вагітних щодо:

- використання презервативів для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- ризику передачі ВІЛ плоду і новонародженому та способи її попередження;
- доцільності консультування статевих партнерів вагітної у разі негативного результату на ВІЛ у жінки;
- ризику і профілактики перинатальної передачі вірусів гепатиту В (ВГВ) і гепатиту С (ВГС);
- ризику післяпологової передачі ВІЛ при грудному вигодовуванні і рекомендації з вигодовування дитини штучними дитячими сумішами;
- планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності.

Аналіз свідчить, що між галузевим Наказом з питань ПМД № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», у якому не визначені для ЛЗП-СМ обстежувальні та інструментальні акушерсько-гінекологічні технології, та означеними клінічними протоколами, затвердженими наказами МОЗ України, існують юридичні колізії, які не сприяють інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД.

## ВИСНОВКИ

Отже, з огляду на проведений аналіз інтеграція акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД є вкрай недосконалою, що робить її недоступною для населення, неефективною у профілактичному спрямуванні, недосяжною для організації лікувального процесу у випадках гінекологічних захворювань. Зважаючи на доведену ефективність інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг на рівень ПМД, є нагальна потреба їхнього удосконалення.

## Відомості про авторів

**Жилка Надія Яківна** – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: zhyhka.nadya@gmail.com*

**Слабкий Геннадій Олексійович** – ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3. *E-mail: g.slabkiy@ukr.net*

**Щербінська Олена Станіславівна** – Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5401-7110>

## Information about the authors

**Zhyhka Nadiia Ya.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.  
*E-mail: zhyhka.nadya@gmail.com*

**Slabkiy Gennadii O.** – Uzhhorod National University, 88000, Uzhhorod, 3 Narodna Square. *E-mail: g.slabkiy@ukr.net*

**Shcherbinska Olena S.** – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5401-7110>

## Сведения об авторах

**Жилка Надежда Яковлевна** – Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: zhyhka.nadya@gmail.com*

**Слабкий Геннадий Алексеевич** – ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3. *E-mail: g.slabkiy@ukr.net*

**Щербинская Елена Станиславовна** – Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5401-7110>

## ПОСИЛАННЯ

- Dionne S. Kringos, Wienke GW, Boerma Allen Hutchinson, Richard B. Saltman, editors. Organization of primary care in a changing Europe. ed by. World health organization; 2018. 163 p.
- National Strategy for Health Care Reform in Ukraine for the period 2015-2020. [Internet]. Strategic Advisory Group on Health Care Reform in Ukraine; 2015. 41 p. Available from: <http://health-sag.org.ua/strategiya>
- Lazoryshynets VV, Lisnevska NO, Kov-alchuk LYa [et al.]. Healthcare of Ukraine: state, problems, prospects: specialized edition. Kyiv; 2014. 608 p.
- Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 19, 2018 № 504 On approval of the Procedure for providing primary care. [Internet]. Available from: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukrainivid-19032018--504-pro-zatverdzhennjaporjadku-nadannja-pervinnoi-medichnojdopomogi>
- The state of health of the female population in Ukraine in 2017. [Internet] / Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine; 2018. Available from: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMX-VII.html> / [appeal date 20.05.2020].
- Fedorenko ZP, Hulak LO, Horokh YeL, Ryzhov AYu, Sumkina OV, Kutsenko LB. Cancer in Ukraine: morbidity, mortality, indicators of oncology service [Internet]. 2019. Available from: <http://www.ncru.inf.ua/publications/> [appeal date 14.04.2020].
- Dumanskyi YuV, Syniachenko OV, Yhnatenko HA. Family doctor (general practitioner). Donetsk: lzd-vo meduniver; 2013. 253 p.
- Syniachenko OV. editor. General practice – family medicine. General practice–family medicine. Donetsk: LLC Nord-Press; 2011. 670 p.
- Concept of the General Practice/Family Medicine Development Program for 2006-2010 [Internet]. Available from: <http://www.moz.gov.ua>.
- Moskalenka VF, editor. Social medicine and health care organization (for students of the dental faculty). Kyiv: Book-plus; 2010. 328 p.
- Campos-Outcalt D, Senf J, Pugno PA, McGaha AL. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda. Fam. Med. 2007;39(8):585-9.
- Mazhak I. Family medicine at the stage of formation: a comparative analysis of Ukraine and Poland. Kiev; 2010. 377 p.
- WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023 [Internet]. WHO, 2013. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201ru/s21201ru.pdf>. – Name from the screen
- WHO Declaration, 1978 [Internet]. Available from: <http://www.euro.who.int/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata.1978>
- Family Medicine Information Center [Internet]. Available from: [fammc@moz.gov.ua](mailto:fammc@moz.gov.ua)
- Al-Aama T. Falls in the elderly: Spectrum and prevention. Can. Fam. Physician. 2011;57(7):771-6.
- Health for All Policy Framework in the WHO European Region [Electronic resource]. WHO Regional Committee for Europe. Bucharest, Romania, 12-15 September 2005. Fifty-fifth session. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/87884/RC55\\_rdoc08.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/87884/RC55_rdoc08.pdf?ua=1)
- The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems : A guidebook from the World Organization of Family Doctors, Second edition [Electronic resource] / editor Michael Kidd; published June 2013. Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/Internationalissues/WONCAGuidebook.aspx>
- Matiukha LF. Medico-social substantiation of optimization of the system of primary medical care on the basis of family medicine in Ukraine: author's ref. dis... ..d.med.n. Kyiv; 2011. 45 p.
- Bertolini R, Brassart C, Galanaki C. Review of the commitments of WHO European Member States and the WHO Regional Office for Europe between 1990 and 2010: analysis in the light of the Health 2020 strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. 5 p.
- Jameson MG, Rixey S. Medical controversies: the great divides. Md. Med. 2011;12(1):5–12.
- Odrynskyi V.A. Medico-social substantiation of the model of primary medical and sanitary care for the rural population at the level of the administrative district [Text]: author's ref. dis. ... cand. honey. Sciences: 14.02.03. Nat. honey. acad. postgraduate. education named after PL Shupik. Kyiv. 2015. 27 p.
- Kudria AV. Medico-social substantiation of the functional-organizational model of improving the work of a general practitioner - a family doctor. Kyiv. 2018. 217 p.
- The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. 152 p.
- The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 [Internet]. Available from: <http://www.phameu.eu>
- Order of the Ministry of Health of Ukraine №503 of 28.12.2002. On the improvement of outpatient obstetric and gynecological care in Ukraine [Internet]. Available from: [https://zakononline.com.ua/documents/show/42010\\_487504](https://zakononline.com.ua/documents/show/42010_487504)
- About the organization of outpatient obstetric and gynecologic care in Ukraine: the order of the Ministry of Health of Ukraine from 15.07.2011 № 417 [Internet]. Available from: <http://www.moz.gov.ua>. – Name from the screen.
- The Civil Code of Ukraine.
- Blahuliak TV. Medico-social substantiation of optimization of the system of complex prevention of cervical cancer. Kharkiv. 2015. 194 p.
- Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 19, 2018 № 504 On approval of the procedure for providing primary care.
- Clinical protocol for obstetric care Caesarean section. Order of the Minister of Health of Ukraine 27.12.2011 № 977.
- Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care Family Planning. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated January 21, 2014. № 59.
- Unified clinical protocol of primary and secondary (specialized) medical care Iron deficiency anemia. Order of the Ministry of Health of Ukraine 02.11.2015 № 709.
- Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. Abnormal uterine bleeding. Order of the Ministry of Health of Ukraine 13.04.2016 № 353.
- Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care «Tactics of management of patients with genital endometriosis». Order of the Ministry of Health of Ukraine 06.04.2016 № 319.
- Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care Prevention of mother-to-child transmission. Order of the Ministry of Health of Ukraine 16.05.2016 № 449.

Стаття надійшла до редакції 27.05.2021