

Участь Інституту сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти у XXII конференції Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA та програмі з обміну досвідом у Чехії

В.І. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Традиційна міжнародна конференція з сімейної медицини Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA під назвою «Growing together in diversity» відбулася у м. Прага з 28 червня по 1 липня 2017 року.

У роботі конференції взяли участь біля 2500 учасників із 38 країн Європи та 283 учасники з 34 країн поза межами Європи. Делегатом від Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика була д-р мед. наук В.І. Ткаченко. Крім того, у роботі конференції від України взяли участь професор О.М. Корж (Харківська медична академія післядипломної освіти) та доцент П.О. Колесник (Ужгородський національний університет).

Напередодні конференції відбулося засідання членів Правління Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA, на якому виступила Президент Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA професор Аманда Хоу, були прослухані звіти робочих груп та затверджувалися плани щодо майбутнього розвитку асоціації та сімейної медицини в Європі. Активну участь у роботі засідань членів правління Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA брала д-р мед. наук В.І. Ткаченко.

Урочисте відкриття конференції розпочалося з привітань Президента Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA Dr Anna Stawdal, Президента Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA Prof. Amanda Howe, Міністра охорони здоров'я Чехії, мера Праги Mgr. Adriana Krnáčová, ректора Charles University Prof. MUDr. Tomáš Zima, Президента Чеської асоціації сімейних лікарів Assoc.

Prof. Svatopluk Vyma та голови організаційного комітету Assoc. Prof. Bohumil Seifert. Відкриття конференції супроводжувалося концертом та світовим шоу.

Програма конференції складалася з 6 ключових лекцій, 111 семінарів, секційних засідань із заслуховуванням 255 усних презентацій, обговорення 884 постерних презентацій, 7 майстер-класів з відпрацювання практичних навиків. Ключові лекції були присвячені актуальним темам сучасної європейської сімейної медицини.



Першою знаковою та, як завжди, проникливою стала ключова лекція Prof. Amanda Howe (президент WONCA World, Велика Британія) під назвою «Стояти як один», в якій було наголошено на тому, що сімейні лікарі повинні об'єднуватися та відстоювати свої інтереси та інтереси своєї професії і пацієнтів. Сепаратистські сили, що діють сьогодні в нашому світі, є джерелом тривоги, загроз і конфліктів. Поняття громади і нації можуть бути не тільки джерелом гордості, а також й розбрату. Аналогічним чином професійні групи, такі, як WONCA, стикаються із завданням знайти спільні цінності та засоби для покращення свого професійного стану та впливу, одночасно з повагою до різноманітних аспектів і умов країн-членів, лікарів та пацієнтів. У цій доповіді було розглянуто спільну місію та пріоритети Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA щодо поєднання різноманіття та автономії.



Д-р мед. наук В.І. Ткаченко на засіданнях членів правління Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA



Друга ключова лекція Prof. Wolfgang Mastnak (Австрія) під назвою «Music therapy – add-on-intervention or key treatment?» («Музична терапія – додаткове втручання або ключове лікування?») представила основні історичні аспекти розвитку музикотерапії з часів Давньої Греції, її культурне походження з традиційної китайської та стародавньої турецької медицини. У середині

XX століття енергійне відродження музичної терапії супроводжувалося вражаючими феноменологічними ефектами від музики в педіатрії та в психіатрії, наприклад у лікуванні аутизму.

Сучасна музична терапія поєднує в собі художні підходи, нейропсихологічні та нейрофізіологічні впливи та клінічні результати досліджень, що підтверджуються її позитивним впливом на чисельні патологічні процеси і механізми. У цьому контексті важлива роль музичної модуляції психофізіологічних процесів надається взаємозв'язкам між слуховим апаратом, нейрокогнітивною обробкою музики та нейроендокринними схемами.

Крім того, музика посилює нейропластичність і впливає на саморегенеративну здатність мозку. Творчі процеси та естетичні переживання взаємодіють з художньою самосвідомістю пацієнтів і включають такі ключові структури, як кора і гіпокамп. Ці механізми дозволяють застосовувати музичну терапію як вагомий складову складних терапевтичних концепцій у лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією, з різними психічними розладами, такими, як депресія та шизофренія, з нейродегенеративними захворюваннями, наприклад, хвороба Альцгеймера та паркінсонізм, а також у перинатальній медицині для підтримання нервового розвитку плода.

З огляду на складність музичних процесів застосування музичної терапії вимагає міждисциплінарних міркувань, що дозволяють здійснювати можливі взаємодії з іншими терапевтичними засобами та оцінювати можливі протипоказання. Тільки оцінювання всього контексту дозволяє говорити про застосування музикотерапії в якості додаткової терапії або ключового лікування.



Лекція Prof. Anthony Neymann (Ізраїль) під назвою «Перехід парадигми – від взаємин лікар–пацієнт до взаємин замовник–лікар» довела, що запровадження показників якості відхиляє медичну допомогу в інший бік від індивідуального медичного обслуговування. Замовники медичних послуг, в якості яких може виступати Національна служба системи охорони здоров'я або Міністерство охорони здоров'я, на основі епідеміологічних даних застосовують рішення «один костюм пасує всім», вимагаючи стандартизованого підходу до лікування пацієнтів. Небезпека полягає в тому, що лікар починає ретельно працювати на показники якості, а не потреби пацієнта, що спричинює погіршення відносин лікаря та пацієнта, погіршення ефективності медичної допомоги конкретного хворому.

Органам влади вдалося змінити поведінку лікаря в цьому напрямку за допомогою тиску на організаційному рівні, використання фінансових стимулів, як це можна побачити в різних системах охорони здоров'я. Органи влади (замовники) вважають, що вони отримують реальну картину щодо якості медичної допомоги, але критична інформація часто відсутня, що і бентежить пацієнтів. Сімейний лікар ча-

сто відчуває розрив між потребою пацієнта та потребою системи охорони здоров'я (міністерства), оскільки населення має свої нюанси; у кожного пацієнта є свої особливі потреби, які треба вирішувати індивідуально. Лекція проілюструвала проблеми сучасних взаємовідносин лікар–пацієнт та запропонувала нові стратегії для їхнього відновлення за сучасних умов.

Цікавою була лекція Prof. Cyril Höschl (Чехія) під назвою «Плацебо – це шахрайство або корисний інструмент?». Лекція зосередила увагу, що плацебо – це лікарський засіб, який не містить фармакологічно ефективної речовини. Його дія позначається на діяльності мозку і складається з різноманітних механізмів. Використання плацебо у клінічних дослідженнях обговорюється з методологічних, етичних та технічних аспектів.

По-перше, без плацебо-контрольованих досліджень доказ ефективності нового препарату майже неможливий. Пряме порівняння з плацебо часто є необхідним. По-друге, в Гельсінській декларації зазначено, що переваги, ризики, побічні дії та ефективність нової інтервенції повинні бути перевірені порівняно з уже доведеним втручанням, що до речі не характеризує плацебо. Цей парадокс вирішується наступним формулюванням: застосування плацебо або відсутність лікування є прийнятним у дослідженнях, де не існує перевірених втручань або якщо це необхідно з методологічних причин.

По-третє, іноді важко забезпечити адекватне порівняння з плацебо. Найважливішою проблемою клінічної фармакології є значне збільшення ефекту плацебо в останні десятиліття. Дизайн дослідження, тип установи, характеристика пацієнта, рейтингові чинники, показник результату, тип симптомів або захворювання, тип лікарського засобу та графік дозування, розмір вибірки, рандомізація, культурний контекст та кваліфікація дослідників можуть сприяти зміні інтерпретації отриманих результатів плацебо-контрольованих досліджень. Наскільки результати таких досліджень можуть бути об'єктивними – залишається дискусійним питанням.

Лекція молодого вченого у галузі сімейної медицини Charilaos (Harris) Lygidakis (Люксембург) мала назву «Впровадження різноманітності в цифровій трансформації оснащення на первинному рівні». У ній було зазначено перспективи використання інформаційно-комунікаційних технологій у медицині з метою досягнення збереження здоров'я населення та підвищення якості і доступності медичного обслуговування.

Поява смартфонів і різних гаджетів, збільшення доступності інформації, обчислювальної потужності, а також технічні досягнення у галузі оброблення та передачі даних, зображень та результатів обстеження створюють ідеальний простір для подальшої трансформації охорони здоров'я. Електронна охорона здоров'я починає відігравати важливу роль у наданні медичних послуг, орієнтованих на людину, і дає можливість індивідууму приймати обґрунтовані рішення та самостійно керувати своїми потребами в галузі охорони здоров'я.

Уперше в історії людина перебуватиме в центрі уваги і матиме своєчасний та вільний доступ до медичних да-



них, знань та засобів, що забезпечить зміцнення пацієнтцентованого підходу, а охорона здоров'я вимушена буде враховувати різні стани, контекст та потреби пацієнта.

Друга перспектива цифрової революції полягає у тому, що трансформується і сімейна медицина. Оскільки нові технології є каталізатором для великомасштабних соціальних змін, охорона здоров'я повинна інвестувати у міжгалузеву співпрацю та використовувати різноманітні знання, зацікавлені сторони та ресурси, щоб вирішити ці проблеми. На рівні населення застосування новітніх технологій у практиці сімейного лікаря сприятиме покращанню координації програм контролю і профілактики захворювань, впровадженню економічно вигідних втручань і підвищенню якості життя пацієнтів.



Лекція Prof. Niek De Wit (Нідерланди) була присвячена наданню первинної допомоги людям похилого віку і основам загальної практики. Населення Європи стрімко старіє, а в 2040 році за оцінками ВООЗ, 25% європейського населення буде старше 65 років. Багато людей похилого віку потребуватимуть догляду, матимуть фізіологічні обмеження, хронічні захворювання та психосоціальні проблеми, що загрожуватиме їхній автономії з віком. Більшість людей похилого віку вважають себе незалежними, що є ядром їхньої якості життя. Тому збереження повсякденного функціонування людини є більш важливим, ніж відсутність хвороб. Літні люди хочуть «додати якості життя до років, а не кількості років життя».

Доказова медицина часто не дає правильної відповіді щодо індивідуального ведення пацієнтів похилого віку, оскільки більшість рекомендацій зосереджені на молодших пацієнтах з окремими захворюваннями. Крім того, життєва перспектива змінюється, коли люди стають дорослішими, потенційна користь медичних втручань змінюється, і контекст медичних рішень змінюється відповідно. Рішення щодо припинення вживання ліків стають настільки ж актуальними, як і їхній початок. Незважаючи на те, що сімейні лікарі мають оптимальні можливості для ведення пацієнтів похилого віку, набуває актуальності більш активна роль лікарів-фахівців. Для ведення пацієнтів похилого віку потрібне додаткове керівництво щодо вирішення питань здоров'я літніх пацієнтів, прийняття рішень у складних випадках з інтегрованим підходом.

Окрім ключових лекцій на конференції у вигляді усних доповідей та семінарів були розглянуті питання, присвячені тематиці різноманіття в сімейній медицині, організації і якості допомоги, медичної освіти, наукових досліджень, інтегрованого ведення, профілактики і лікування найбільш актуальних захворювань у практиці сімейного лікаря, гігієни, епідеміології, громадського здоров'я, матері і дитини, паліативної і геріатричної допомоги, міграції населення тощо.

У рамках програми конференції д-ром мед. наук В.І. Ткаченко були представлені одна усна та 4 постерні доповіді щодо розвитку сімейної медицини, застосування електронних систем обліку та якості медичної допомоги на первинному рівні при діабеті, захворюваннях щитоподібної залози. Крім того, оргкомітетом конференції було запрошено В.І. Ткаченко виступити модератором двох секційних засідань у програмі конференції, присвячених профілактиці та здоровому способу життя, а також виступити рецензентом частини тез конференції.



Д-р мед. наук В.І. Ткаченко виступила модератором двох секційних засідань у програмі конференції, рецензентом тез та представила одну усну та чотири постерні доповіді

Учасники конференції також мали можливість підвищити свої навички на практичних майстер-класах з проведення легенево-серцевої реанімації, ЕКГ, спірометрії, фізіотерапевтичної сонографії, вимірювання артеріального тиску, кістково-плечового індексу, визначення експрес-методом рівня С-реактивного протеїну.

Крім того, учасники конференції мали можливість відвідати практику сімейного лікаря д-ра Jitka Nováková у м. Прага. Це групова практика, де працюють 3 лікарі, 2 медсестри та 2 інтерни, хоча більшість практик сімейного лікаря у Чехії є одноосібними (1 лікар). Практика обслуговує близько 3800 пацієнтів, більшість у міській місцевості. Усі пацієнти – дорослі, оскільки діти спостерігаються у педіатрів. Лікарі працюють за графіком – 5 днів на тиждень з 9:00 до 18:00, проводять консультації пацієнтів в амбулаторії, візити на дому і, крім того, роботу з документами наприкінці дня. Існують заплановані години для надання пацієнтам телефонної консультації. Консультації пацієнтів тривають залежно від мети: 10 хв – для повторної консультації; 20 хв – основна консультація; 30 хв – профілактичний огляд.

Фінансування медичної допомоги здійснюється за рахунок страхування – пацієнти сплачують відсоток зарплати на медичну страховку, а лікарі отримують кошти від страхових компаній. Консультації пацієнтів на дому або поза графіком роботи сплачуються додатково у розмірі близько 4 доларів США.

Сімейні лікарів у Чехії не виконують функцію «воротаря» системи охорони здоров'я, і пацієнти можуть звернутися до всіх «вузьких» спеціалістів самостійно. Медичні сестри проводять самостійний прийом хворих у межах їхньої компетенції, надають послуги з догляду за хворими, здійснюють проведення дообстеження, запис ЕКГ та лабораторні обстеження, а також ін'єкції та медичні маніпуляції.

Система ведення медичної документації є змішаною, запис медичних даних пацієнтів ведеться в електронному та паперовому вигляді, але незалежно від того, в якому обсязі дані введено в комп'ютер, усе фіксується на папері. Учасники конференції прийшли до висновку, що незважаючи на відсутність функції «воротаря», чеські сімейні лікарі мають можливість надавати високоякісну допомогу своїм пацієнтам і, таким чином, перебувати в конкурентній боротьбі з вузькими фахівцями.

Наприкінці конференції традиційно було відзначено нагородами найкращих сімейних лікарів Європи, а також за-

значено найвагоміші досягнення окремих сімейних лікарів у щомісячному віснику Wonca News (вересень, 2017), у тому числі й д-ра мед. наук В.І. Ткаченко щодо захисту докторської дисертації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» та внеску в розвиток сімейної медицини в Україні.

Під час цьогорічної конференції у Празі учасники досліджували багато аспектів неоднорідності у житті, нерівності в галузі охорони здоров'я, демографічні, статеві та вікові відмінності; обмінювалися досвідом та знаннями в контексті можливостей «зростати разом у різноманітті».

Резолюція конференції WONCA Europe 2017 констатувала, що різноманітність завжди була однією з найбільш визначальних і властивих особливостей людей Європи. Напруження між різноманітністю та прагненням до рівноправності є джерелом багатьох великих досягнень Європи, але за неправильного відхилення є також причиною деяких найбільших невдач. Країни та регіони Європи можуть процвітати, коли визнають і приймають різноманіття населення, а політичне керівництво повинно забезпечити адаптацію до цього таких основних послуг як охорона здоров'я та освіта, вільний доступ та якість.

Завершуючи роботу конференції, спільнота сімейних лікарів рішуче підкреслила, що громадяни та політичне керівництво Європи повинні охоплювати різноманіття повноцінно, визнати багаторасову та багатогранну різноманітність населення та сприяти традиційним і перевіреним часом європейським цінностям свободи, демократії, поваги до правди та закону, вільного доступу до освіти, гендерній рівності, повазі до індивідуальності, свободи віросповідання, співпраці та відкритому спілкуванню.

Організації-члени WONCA Europe взяли на себе зобов'язання посилити обізнаність студентів, аспірантів, сімейних лікарів з питань різноманітності населення та підтримувати зусилля у галузі освіти щодо її викладання, включивши в свою програму розвитку та розробивши відповідні навчальні плани і програми у співпраці з університетами та іншими установами. Сімейні лікарі Європи повинні усвідомлювати неоднорідність їхніх громад та забезпечувати стабільне, рівноправне, безпечне, прийнятне та цілеспрямоване медичне обслуговування для всіх. Політики, заклади з організації охорони здоров'я та інші зацікавлені сторони повинні створити умови для виконання наведених вище пунктів на рівні первинної медичної допомоги.