

# Дискусійні актуальні питання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

О.О. Воронцов, Л.С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Необхідність і шляхи покращення медичної допомоги в Україні – нагальна потреба сьогодення. У ході медичної реформи поступово усуваються три чинники, що гальмують прогресивні зміни системи охорони здоров'я: недосконалість юридичного забезпечення, слабкість фінансової складової і складності внаслідок людського фактора. Причина сумнівів стосовно перспективи надання більш якісних медичних послуг у складовій акушерства і гінекології у сфері первинної медичної допомоги походить, на нашу думку, окрім надзвичайного обсягу завдань, що постають перед лікарями загальної практики–сімейними лікарями, але й через запровадження міжнародних клінічних протоколів, які не адаптовано достатньою мірою до вітчизняних умов.

Були проаналізовані дискусійні актуальні питання організації та діяльності амбулаторної акушерсько-гінекологічної служби з урахуванням вимог реформування системи охорони здоров'я з пріоритетом первинної медичної допомоги на засадах загальної практики–сімейної медицини.

Причиною сумнівів щодо перспективи надання більш якісних медичних послуг у галузі амбулаторного акушерства та гінекології є, на нашу думку, окрім надзвичайного обсягу завдань, що постають перед лікарями загальної практики–сімейними лікарями, стрімке запровадження міжнародних клінічних протоколів, які часто недостатньо адаптовано до вітчизняних умов. Актуальною є пропозиція звернути увагу керівників галузі охорони здоров'я на виваженість у підході до структурної і кадрової перебудови амбулаторної акушерсько-гінекологічної ланки. Оптимізація диспансерного методу формування однорідних за станом здоров'я груп жінок передбачає вдосконалення відповідних індивідуальних планів ведення, де лікувально-діагностичні заходи є державними нормативами чи стандартами медичної допомоги.

Амбулаторна складова акушерства і гінекології в Україні потребує оптимізації, особливо у сфері співпраці зі спеціалістами первинної медичної допомоги. Доведено нагальність усунення різночитань у лікарському підході до клінічних акушерсько-гінекологічних ситуацій, що виникають між європейськими клінічними протоколами та існуючими рекомендаціями вітчизняних фахівців з повагою до власного українського досвіду.

**Ключові слова:** акушерсько-гінекологічна складова первинної медичної допомоги, клінічні протоколи, диспансерне ведення жінок, загальна практика–сімейна медицина.

## Discussional actual issues of out-patient obstetric and gynecological care

O.O. Vorontsov, L.S. Babinets

The need and ways to improve medical care in Ukraine is an urgent need of the time. In the course of the medical reform, three recognized factors are gradually eliminated that inhibit progressive changes in the health care system: the imperfection of legal support, the weakness of the financial component and the complexity of the human factor. not adapted sufficiently to national conditions. The reason for doubts about the prospect of providing better medical services in the component of obstetrics-gynecology in the field of primary health care occurs, in our opinion, related not only to the extraordinary volume of tasks facing general practitioners–family doctors, but also with the introduction of international clinical protocols that are not sufficiently adapted to national conditions.

The goal is to analyze the discussion of topical issues of the organization and activities of the out-patient obstetric-gynecological service, taking into account the requirements of reforming the health care system with the priority of primary medical medicine based on the principles of general practice-family medicine.

The reason for doubts about the prospect of providing better medical services in the component of obstetrics-gynecology in the field of primary health care, in our opinion, are depend on not only to extraordinary volume of tasks facing general practitioners–family doctors, but also with the introduction of international clinical protocols that are not sufficiently adapted to national conditions.

Actual is the proposal to draw the attention of healthcare managers to the need for balance in the approach to the structural and personnel restructuring of the outpatient obstetric and gynecological unit.

Optimization of the dispensary method of formation the women's groups who are homogeneous for health, provides for the improvement and implementation of relevant individual patient management plans, where treatment and diagnostic measures are state norms or standards of medical care. The out-patient component of obstetrics-gynecology in Ukraine needs to be optimized, especially in the field of cooperation gynecologists with primary care specialists. The relevance of eliminating inconsistencies in the treatment approach to clinical obstetric and gynecological situations witch take place between European clinical protocols and existing recommendations of specialists with respect to their own Ukrainian experience has been proved.

**Keywords:** obstetric-gynecological component of primary medical care, clinical protocols, dispensary management of women, general practice-family medicine.

## Дискуссионные актуальные вопросы амбулаторной акушерско-гинекологической помощи

А.А. Воронцов, Л.С. Бабінець

Необходимость и пути улучшения медицинской помощи в Украине – насущная потребность сегодняшнего дня. В ходе медицинской реформы постепенно устраняются три фактора, тормозящие прогрессивные изменения системы здравоохранения: несовершенство юридического обеспечения, слабость финансовой составляющей и сложности в результате человеческого фактора. Причина сомнений относительно перспективы предоставления более качественных медицинских услуг в сфере первичной акушерско-гинекологической медицинской помощи связана не только с чрезвычайным объемом задач, стоящих перед врачами общей практики–семейными врачами, но и с внедрением международных клинических протоколов, которые не адаптированы в достаточной степени относительно отечественных условий.

Были проанализированы дискуссионные актуальные вопросы организации и деятельности амбулаторной акушерско-гинекологической службы с учетом требований реформирования системы здравоохранения с приоритетом первичной медицинской помощи на принципах общей практики–семейной медицины.

Причиною сомнений касательно перспективи предоставления более качественных медицинских услуг в области амбулаторного акушерства и гинекологии может выступать, кроме чрезвычайного объема задач, стоящих перед врачами общей практики–семейными врачами, стремительное внедрение международных клинических протоколов, которые часто недостаточно адаптированы к отечественным условиям. Актуальным является предложение обратить внимание руководителей здравоохранения на необходимость взвешенности в подходе к структурной и кадровой перестройке амбулаторного акушерско-гинекологического звена. Оптимизация диспансерного метода формирования однородных по состоянию здоровья групп женщин, предусматривает усовершенствование соответствующих индивидуальных планов ведения пациенток, где лечебно-диагностические мероприятия являются государственными нормативами или стандартами медицинской помощи.

Амбулаторная составляющая акушерства и гинекологии в Украине нуждается в оптимизации, особенно в сфере сотрудничества со специалистами первичной медицинской помощи. Доказана актуальность устранения разночтений в лечебном подходе к клиническим акушерско-гинекологическим ситуациям, возникающим между европейскими клиническими протоколами и существующими рекомендациями отечественных специалистов с уважением к собственному украинскому опыту.

**Ключевые слова:** акушерско-гинекологическая составляющая первичной медицинской помощи, клинические протоколы, диспансерное ведение женщин, общая практика–семейная медицина.

Пандемія COVID-19 зробила найбільш актуальною не тільки тему протиепідемічної готовності в країні, але й поновила увагу до медичної реформи та її наслідків. Про необхідність і шляхи покращення медичної допомоги в країні мова йде не один десяток років. Вже знайдено й реалізується спосіб, як усунути перший з трьох визнаних чинників, що гальмують реформи (юридичне забезпечення, фінансова складова і людський фактор). Здається, в законодавчому полі каменем спотикання залишається лише стаття 49 Конституції України.

У реформуванні медичної галузі в частині амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги діють ті самі три фактори:

- накази МОЗ,
- економічні негаразди,
- «інерція свідомості» як фахівців-медиків, так і пацієнтів.

Чому переадресація більшої частини своїх професійних повноважень від акушерів-гінекологів до лікарів загальної практики–сімейних лікарів, яка здійснюється в наказовій формі, не сприймається часто як «зміни на краще»? Такої самої думки дотримуються й інші фахівці вузької спеціалізації – педіатри, фтизіатри, психіатри та ін. Причина сумнівів стосовно перспективи надання більш якісних медичних послуг не лише в галузі акушерства, походить, на нашу думку, окрім надзвичайного обсягу завдань, що постають перед лікарями загальної практики–сімейними лікарями, й через запровадження міжнародних клінічних протоколів, які не адаптовано достатньою мірою до вітчизняних умов.

Не слід забувати про специфіку діючих в країні організаційних механізмів. Територіально-дільничний принцип роботи жіночих консультацій передбачає надання консультативної, медичної та іншої допомоги всім жінкам, які проживають на лікарський дільниці. Не складно уявити, що літні жінки, їх дорослі доньки та жінки наступного покоління в родині, особливо на дільницях, де переважає приватний сектор, – усі вони мають свого власного фахівця, який зі свого боку добре ознайомлений з проблемами своїх пацієнтів.

Отже, якщо правильно розуміти значення слів, за змістом своєї роботи та відповідальністю дільничні акушери-гінекологи часто також виступають у ролі сімейних акушерів-гінекологів. Оскільки в світі немає нічого подібного до «сімейного акушера-гінеколога», логічно було очікувати пропозиції лікувати це «непорозуміння» в Україні. Виникає логічна пропозиція звернути увагу керівників галузі охорони здоров'я на структурну і кадрову перебудову амбулаторної акушерсько-гінекологічної ланки. Необхідно забезпечити зручну і доступну для пацієнток можливість отримувати фахову консультацію довіреного акушера-гінеколога або у складі консультативно-діагностичних відділень лікарень вторинного рівня, або на території чи неподалік Центрів первинної медико-санітарної допомоги, можливо, навіть не лише за направленням лікаря загальної практики–сімейного лікаря, але й самостійно за потребою. Приміщеннями для консультування можуть залишатися кабінети жіночих консультацій (пропонуються називати

їх гінекологічними або акушерськими амбулаторіями), де автоматично багато гінекологів отримують можливість якісно продовжувати надавати фахові послуги.

Мета роботи – проаналізувати дискусійні актуальні питання організації та діяльності амбулаторної акушерсько-гінекологічної служби, враховуючи вимоги реформування системи охорони здоров'я з пріоритетом первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах загальної практики–сімейної медицини.

У деяких міжнародних клінічних протоколах існує застереження для лікарів загальної практики–сімейних лікарів стосовно недоцільності «зайвий раз» скеровувати вагітну до акушера-гінеколога, бо це нібито змусить її перебувати в черзі тривалий час. З точки зору керівника-менеджера – це можливо й добрий спосіб економії коштів, але їх все одно не вистачить ні для покращення рівня медичних послуг, ні для забезпечення гідної зарплатні для тих медичних працівників, що залишаться. Якість акушерсько-гінекологічної складової надання належного медичного супроводу громадянок України може серйозно постраждати.

Важливим аспектом надання акушерсько-гінекологічної допомоги в амбулаторних умовах є обсяг обов'язків і компетентність фахівців ПМД в питаннях акушерства та гінекології. Сімейному лікарю необхідно в усіх задекларованих жінок з'ясувати стан головних біологічних функцій жіночого організму. Наприклад, менструальна функція: ще не розпочалась; як встановлювалась; або вже припинилась, із явищами патологічного клімаксу чи без. Для кожної третьої жінки репродуктивного віку реальністю є альгодисменорея, яка впливає на якість життя і потребує диференційної діагностики між первинною та вторинною дисменореєю, яка є проявом гінекологічного захворювання. Слід також враховувати достатньо поширені гіпер- або гіпоменструальні явища, які впливають на рекомендації того чи іншого методу контрацепції.

Дослідження інтимних питань щодо статевої функції жінок поєднують із завданнями статевого виховання в підлітковому віці і з плануванням сім'ї в частині запобігання небажаній вагітності. За наказом МОЗ № 1030 від 2013 р. «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я» сімейні лікарі повинні намагатися попередити аборт. У ході впровадження реформи медицини необхідно визначитись щодо ролі сімейних лікарів і акушерів-гінекологів у цьому питанні. За наказом МОЗ № 1030 і акушери-гінекологи, і сімейні лікарі задіяні у «системі охорони репродуктивного здоров'я». За визначенням, репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність розладів з боку репродуктивної системи тощо [1]. Ми розуміємо певну групу слів, але як охороняти те, чого для більшості людей не існує – «стан повного соціального благополуччя»? Успішно вирішувати медико-соціальні проблеми лише медичними заходами безперспективно, однак згаданий наказ хоч і недосконалий, але все-таки потрібний.

Важливим завданням акушерсько-гінекологічної складової ПМД є дослідження репродуктивної функції у частині планування бажаної вагітності, спостереження за перебігом вагітності та підготовка подружньої пари до партнерських пологів, а також післяпологове ведення жінок. Про цю частину обов'язків акушерів і сімейних лікарів останніми роками говорилося багато [2, 3, 4]. У тренді таке розуміння вагітності, що вона (вагітність) – не хвороба, а сама вагітна – не пацієнт [5]. Тому, напевно, знижуються вимоги до ведення вагітних в амбулаторних умовах. Тут важливо звернути увагу на те, що з другої спроби (перша відбувалась у 2005 році) наказом МОЗ України № 157 від 26.01.2018 р. в Україні було відмінено диспансеризацію, яку визнано атавізмом старої системи Семашко.

Однак важливо пам'ятати, що диспансерний облік і спостереження, зокрема за вагітними, – це такий облік та спостереження, які здійснюються за допомогою диспансерного методу (від лат. *Dispense* – розподіляти). Формування однорідних за станом здоров'я диспансерних груп передбачає виконання відповідних індивідуальних планів ведення, де лікувально-діагностичні заходи є державними нормативами чи стандартами медичної допомоги. Якщо можна здійснювати реформи шляхом перейменувань, тоді достатньо було б замінити назву «Індивідуальний план ведення вагітної» на «Протокол ведення вагітної», але не казати, що це «нове слово» в організації роботи. До речі, сімейний лікар є, певною мірою, організатором охорони здоров'я. Він повинен вміти забезпечити подання медичної допомоги кожному окремому хворому та організувати спостереження та профілактичну роботу з усіма задекларованими пацієнтами. Отже, лікар повинен володіти диспансерним методом [6]. Можливо, необхідно було зменшити бюрократичну складову з процесу диспансеризації, однак ліквідувати диспансерний підхід, думається, абсолютно деструктивно. Збереження здоров'я жінки – цечасна рання діагностика можливих патологічних станів, первинна і вторинна профілактика, а також проведення реабілітації, що неможливо забезпечити без системного комплексного підходу, а це й є диспансеризація.

Важливим аспектом є також питання протокольних підходів до акушерсько-гінекологічних проблем в амбулаторних умовах. У 2017 році набув чинності наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи, зокрема протоколи фінського науково-медичного товариства *Duodecim*. У такий спосіб передбачається підвищення ефективності роботи за рахунок стандартизації надання медичної допомоги пацієнтам та оптимізації вартості лікування, а це вже менеджерський, товарно-грошовий підхід до мистецтва лікування.

Крім того, у деяких принципових питаннях у міжнародних протоколах існують розбіжності з вимогами наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Простою й показовою ілюстрацією до зазначеного є вказівки щодо кількості оглядів вагітної акушером протягом усієї вагітності: у наказі № 417 – 9 разів, а за протоколом *Duodecim* – тільки 2 рази (на початку і в останні тижні вагітності). Фахівці вузької спеціалізації (акушери-гінекологи), аби вчасно діагностувати відхилення від нормального перебігу вагітності, особливо у другій її половині, призначають контрольні огляди кожні 7–10 днів. Негативним може виявитися також «людський фактор»: пацієнтки інколи відмовляються виконувати ті чи інші призначення навіть свого дільничного акушера. Чи буде більш переконливим лікар загальної практики із графіком спостереження вагітної хоча б 1 раз на місяць, адже більшість небезпечних ускладнень вагітності не супроводжується по-

гіршенням самопочуття жінки, навіть при найгірших для плода наслідках.

Наводимо приклад різного підходу до клінічних ситуацій, що пропонуються європейськими клінічними протоколами і рекомендаціями вітчизняних фахівців (багато з них містяться у наказі МОЗ України № 676 від 31.12.2004, що визначає конкретні й обов'язкові професійні дії в певних акушерських ситуаціях. Наприклад, клінічний європейський протокол «Прееклампсія/еклампсія» у пункті 3 «Легка прееклампсія» стверджує, що медикаментозну терапію не призначають, а тактика ведення вагітної вичікувальна (пункт 3.7). Шпиталізація рекомендується за наявності прееклампсії середньої тяжкості (пункт 4). У прикінцевих положеннях стверджується, що не встановлено профілактичну ефективність препаратів, що містять магній. Водночас у навчальних посібниках за авторством провідних вітчизняних вчених-клініцистів Б.М. Венцківського, В.М. Запорожана, А.Я. Сенчука та інших можна бачити протилежну за змістом інформацію. Нам пропонується відмовитись від усього вітчизняного досвіду? Великим досягненням української системи медицини є те, що вже виросли покоління фахівців, які не бачили клінічних проявів еклампсичних нападів тонічних і клонічних судом. То чи не втратимо ми наш позитивний багаторічний досвід у сфері акушерства і гінекології?

Існують суттєві ризики у процесі доношування вагітності, які потребують швидкої реакції сімейного лікаря. Проте є сумніви щодо спроможності реалізувати головний принцип – профілактичного спрямування медицини, послуговуючись деякими настановами міжнародного протоколу від *Duodecim*. Наведемо показовий приклад нестиковки міжнародного протоколу і наших вітчизняних уявлень.

*«Настанова 00557. Кровотечі впродовж вагітності (у I і II триместрах, до 28 тиж). Основні положення.*

Загроза викидня (*abortus imminens*).

- Незначна вагінальна кровотеча і біль. Загальний стан задовільний. Розміри матки збільшені, шийка не розкрита. Функцію серця можна спостерігати за допомогою доплера або ультразвуку.
- Якщо кровотеча триває, необхідно повторити УЗД через 1–2 тиж.
- У разі потреби провести обстеження на хламідії або гонорею (частина рутинного обстеження у багатьох центрах охорони здоров'я матерів).
- Потрібно відпочивати й уникати фізичного навантаження. Може знадобитися відпустка по хворобі.
- Порадити пацієнтці уникати статевого контакту (може діяти як місцевий стимул).
- Ефективність медикаментозного лікування не має достатнього підтвердження; токоліз не слід застосовувати».

По-перше, неефективність медикаментозної терапії може свідчити про її неадекватність. По-друге, кровотеча триває 2 тиж, а дії лікаря обмежуються порадами і контролем УЗД. Можна стверджувати, що цією настановою для сімейного лікаря передбачається вичікувальна тактика щодо розвитку процесу переривання вагітності від стадії «загроза аборт» до стадії «аборт, що розпочався». Отже, дана тактика більше нагадує природній відбір, ніж профілактичну спрямованість зусиль лікаря.

За рівнем «сумнівності» попередня настанова не поступається наступній: *настанова 00554. Допологове консультування та спеціалізована медична допомога: консультації, направлення, настанови з лікування. Попередні вагітності з ускладненнями.*

Цитуємо: «Звертатися до акушера на ранньому терміні вагітності слід, коли попередньо жінка мала 3 або більше послідовних викиднів». Іншими словами, двох втрат бажаної

вагітності недостатньо, аби своєчасно розпочати обіцяний державою захист здоров'я матері та дитини. Нагадуємо, що аборт (медичний чи спонтанний) є потрійною травмою для жіночого організму:

- а) механічним впливом на стінку матки;
- б) функціональною травмою ендокринної системи;
- в) психоемоційною травмою.

Існуюча традиційна тактика ведення вагітних даної диспансерної групи «Загрозливі щодо невиношування» відрізняється принципово: доки не з'ясовано і не усунено ймовірні чинники невиношування, обстеження має відбуватися в умовах стаціонару незалежно від терміну вагітності.

До тексту протоколів Duodocim додано думку українських експертів, які також оцінили «сумнівні» місця. Кількість і зміст зауважень експертів говорять самі за себе. Звертаємо увагу на лікарські засоби, які рекомендовано настановою: *настанова 00555. Допомогове консультування жінки: допомога та обстеження. Рекомендації щодо лікування загальних захворювань вагітності.*

Цитуємо: Коментарі експерта. Лікарський засіб меклозин станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу вітамін В6 – піридоксин.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва лікарського засобу магнієве молоко – магнію гідроксид. Лікарський засіб магнію гідроксид станом на 11.06.2019 в Україні зареєстрований лише у складі комбінованих антацидних засобів.

Коментар експерта. Відповідно до інструкцій з медичного застосування лікарських засобів ібупрофен і кетопрофен – їхнє застосування у III триместрі вагітності протипоказане.

Коментар експерта. Комбінований лікарський засіб кодеїн і парацетамол станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

Коментар експерта. Відповідно до інструкції з медичного застосування лікарського засобу ніфедипін – в Україні його застосування протипоказане у період вагітності.

Коментар експерта. Відповідно до інструкції з медичного застосування лікарського засобу гідроксизин – в Україні його застосування протипоказане у період вагітності та грудного вигодовування.

До коментарів експертів слід додати зауваження щодо відсутності в арсеналі лікарських засобів, наприклад, дротарину гідрохлориду (но-шии) або препаратів із поєднаною дією лактату, цитрату або підолату магнію та піридоксину (магне-В6), необхідність, ефективність і безпечність яких під час вагітності доведена.

Наводимо ще показові приклади щодо невідповідності рекомендацій міжнародних протоколів і усталених поглядів вітчизняних вчених-клініцистів: *настанова 00560. Загроза передчасних пологів. Пригнічення передчасних пологів.*

Цитуємо: «Ніфедипін: таблетки 10 мг приймають, розжовуючи кожні 15 хв до досягнення дози 40 мг. Якщо ніфедипін недоступний, використовуйте пластир з нітрогліцерину 5–10 мг.»

Коментар експерта. Лікарський засіб нітрогліцерин з міжнародною непатентованою назвою гліцерил тринітрат у формі пластиру станом на 03.05.2019 в Україні не зареєстрований.

Коментар експерта. В інструкції для медичного застосування лікарського засобу ніфедипін, зареєстрованого в Україні станом на 03.05.2019, відсутні показання щодо лікування загрози передчасних пологів.

*Ще раз повернемося до настанови 00557. Кровотечі впродовж вагітності.*

Цитуємо: «Кровотеча після 22 тиж вагітності: завжди направляйте пацієнтку у відділення екстреної акушерської допомоги. Основні принципи: рішення щодо направлення пацієнтки до гінекологічної або акушерської амбулаторії ухвалюється на місці.

Кровотеча до 22 тиж вагітності. Основні принципи:

- Порадити більше відпочивати, якщо кровотеча мінімальна, а перейми незначні. Користь відпочинку не доведена. За можливості проводять УЗД (живий плід є хорошою прогностичною ознакою).
- Профузна кровотеча або сильний біль є гострими станами, які потребують направлення до відділення гінекології.
- Направити пацієнтку до амбулаторного відділення наступного робочого дня потрібно після повного мимовільного аборту, якщо пацієнтка у задовільному стані без підвищеної температури; у випадку виявлення мертвого плоду».

Для лікарів загальної практики зробимо малий екскурс до підручників з акушерства: навіть мінімальна кровотеча – «мажучі» кров'яні виділення, які супроводжує переймоподібний біль, становлять типову клінічну картину процесу переривання вагітності. У разі незначної затримки менструації у пацієнтки поява цих симптомів мусить лікаря замислитись щодо можливої позаматкової вагітності, а в термін до 22 тиж – щодо патології плацентации. Нагадаємо, що кровотеча інколи може проявлятися виділенням різних за розміром темних згустків, а не рідкої крові. Можливо, що й деякі підручники слід «реформувати»? Очевидно, що рекомендовану пораду «більше відпочивати ...» і наступну «користь відпочинку не доведена» не можна вважати чіткими. Скерувати вагітну в чергу до акушерської чи сімейної амбулаторії означає відтермінування спеціалізованої допомоги, яке може виявитися критичним. Невже для ургентного направлення пацієнтки до гінекологічного стаціонару слід дочекатися «профузної кровотечі або сильного болю»?

Чомусь у дискусії про проблемні питання охорони здоров'я і акушерсько-гінекологічної допомоги, на рівні амбулаторії зокрема, виникає почуття déjà vu? Колишній член британського парламенту, який очолював список найвпливовіших політичних діячів країни, Тоні Бенн (1925–2014) у своїй бесіді з американським кінорежисером Майклом Муром висловлював власне переконання в тому, що правляча система зацікавлена, аби люди були у розпачі, бідні, деморалізовані та залякані. Для таких людей безпечніше виконувати накази та сподіватися на краще. Система не бажає, щоб люди були освіченими, здоровими і впевненими, інакше вони вийдуть з-під контролю. Цю промову введено в документальну кінострічку щодо недоліків американської страхової системи охорони здоров'я порівняно із системами соціальної медичної допомоги Канади, Англії, Франції, Куби (фільм «Sicko» 2007, відомий як «Здравозахоронение»). Актуальним видається закадровий коментар від автора фільму: «якщо тобі тут не подобається, ти завжди можеш звільнитися, адже немає закону, що змушує тебе працювати тут!». В наших умовах це звучить «валіза, вокзал, безвіз», – і це те, що роблять медичні працівники, люди високоінтелектуальної праці, які здатні правильно розуміти зміст слів.

Досвід розвинутих країн у медичній галузі, зокрема США, який ґрунтується на відповідній матеріальній та юридичній базі, слід вивчати. Його копіювання без урахування вітчизняних умов нагадує будівництво споруди за проектом, в якому не передбачено фундаменту. Сумно з того, що за нестійкістю (неефективністю) новобудови передбачаються відповідальні (читай винні), але чомусь не «будівельники», а лікарі-практики.

Знову постає запитання: «Ви проти реформ, проти прогресу?». Пропонувати всім такий тест з варіантами відповідей: «Так», «Ні» – класичний спосіб оточити себе псевдооднотимчасними, потенційними зрадниками або байдужими.

Ми – за реформу, ми – не проти реформування. Ми проти руйнування системи, яка точно, попри системні недоліки, мала позитивні, виврені практикою, досягнення. Потрібно лікарям загальної практики/сімейним лікарям вдосконалю-

вати контент акушерсько-гінекологічних знань, навичок і вмінь. Однак не потрібно вводити в Україні таку організацію ПМД, яка у багатьох напрямках діагностично-лікувальної роботи підміняє необхідність посилення акушерсько-гінекологічної ланки на амбулаторній ланці вторинної медичної допомоги, адже так історично склалося в Україні, що і сімейні лікарі, і акушери-гінекологи завжди були надійними помічниками в роботі з кожною пацієнткою від початку і до завершення її менструальної, статевої та дітородної функції.

### ВИСНОВКИ

1. Причиною сумнівів стосовно перспективи надання більш якісних медичних послуг у галузі амбулаторного акушерства та гінекології є, на нашу думку, окрім надзвичайного обсягу завдань, що постають перед лікарями загальної практики/сімейними лікарями, стрімке запровадження міжнародних клінічних протоколів, які часто недостатньо адаптовано до вітчизняних умов.

2. Актуальною є пропозиція звернути увагу керівників галузі охорони здоров'я на виваженість у підході до структурної і кадрової перебудови амбулаторної акушерсько-гінекологічної ланки.

3. Оптимізація диспансерного методу формування однорідних за станом здоров'я груп жінок передбачає вдосконалення відповідних індивідуальних планів ведення, де лікувально-діагностичні заходи є державними нормативами чи стандартами медичної допомоги.

4. Нагальність усунення різночитань у лікарському підході до клінічних акушерсько-гінекологічних ситуацій, що виникають між європейськими клінічними протоколами та існуючими рекомендаціями вітчизняних фахівців з повагою до власного українського досвіду.

У перспективі передбачаємо поглиблено вивчити можливості оптимізації надання якісних акушерсько-гінекологічних послуг на етапі первинної медичної допомоги.

### Сведения об авторах

**Воронцов Александр Александрович** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46022, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (066) 649-64-12. E-mail: sansan50@ukr.net

**Бабинец Лилия Степановна** – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46022, г. Тернополь, ул. Купчинского, 14; тел.: (067) 352-07-43; E-mail: lilyababinets@gmail.com

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сучасні актуальні питання планування сім'ї. Навчальний посібник. – К., 2012. – 320 с.
2. Воронцов О.О., Бабинець Л.С. [та ін.]. Сімейний лікар – акушер-гінеколог. Готовність до співпраці // Сімейна медицина. – 2013. – № 3 (47). – С. 5–7.
3. Сімейна медицина: у 3 кн. : національний підручник / За ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі. Кн. 3. Спеціальна частина. Поліпрофільність загальної лікарської практики [Л.С. Бабинець, П.А. Бездітко, О.О. Воронцов та ін.]. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 680 с.
4. Бабинець Л.С., Воронцов О.О. та ін. Актуальні питання підготовки до партнерських пологів у практиці сімейного лікаря. – К.: «Здоров'я України». – 2017. – № 6 (403). – С. 82–83.
5. Воронцов О.О.. Вагітність – не хвороба, а вагітна – не пацієнт // Ваше здоров'я. – 2007. – № 15. – С. 12.
6. Бабинець Л.С., Воронцов О.О. Диспансерне допологове ведення вагітних жінок – спільна справа сімейного лікаря та акушера-гінеколога. – К.: «Здоров'я України». – 2017. – № 3. – С. 64–65.

Стаття постуила в редакцію 30.03.2020

## Журнал «Сімейна медицина» індексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Directory of Open Access Journals (DOAJ)
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

