

**БУКОВИНСЬКИЙ  
МЕДИЧНИЙ  
ВІСНИК**

---

**Український науковий журнал**

***ТОМ 5***

**№ 1**

***Редакційна колегія:***

головний редактор В.П.Пішак  
О.В.Алексєєнко, Ю.Т.Ахтемійчук (відповідальний секретар), Л.О.Безруков, Т.М.Бойчук, О.І.Волошин, В.О.Калугін, М.Ю.Коломоєць (заступник редактора), Р.Б.Косуба, І.Ф.Мешишен, В.Ф.Мислицький, В.С.Прокопчук, Р.В.Сенютович, І.Й.Сидорчук (перший заступник редактора), В.К.Ташук (відповідальний секретар), Г.І.Ходоровський, О.М.Юзько

Наукові рецензенти: проф. Р.Б.Косуба,  
проф. В.К.Ташук, проф. О.М.Юзько

Видавець: *БУКОВИНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ.*

Чернівці, 2001

# Дискусійні статті

УДК 614.254.3

*А.П.Зубович, В.Е.Кардаш, К.О.Лаврусевич, Г.Я.Кардаш*

## ОСНОВНІ НАПРЯМИ ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав.- доц. В.Л.Таралло)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Автори розглядають питання реформування системи охорони здоров'я в Україні, підвищення значимості і збільшення в загальній системі питомої ваги первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка передбачає розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню на засадах сімейної медицини, а також - основні напрями діяльності сімейного лікаря.

**Ключові слова:** сімейний лікар, сімейна медицина, первинна медико-санітарна допомога (ПМСД).

**Вступ.** Завдання галузі, обґрунтування її політики і стратегії викладені у Концепції реформування системи охорони здоров'я, яка схвалена Урядом 27 лютого 1997 року.

В умовах обмеженого ресурсного забезпечення узагальнюючим завданням реформи охорони здоров'я є комплексна перебудова її фінансування [4].

Одним із невід'ємних елементів реформування системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі є підвищення значимості, збільшення в загальній системі питомої ваги ланки первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [3].

Діюча до цього часу система надання медичних послуг населенню передбачає: обслуговування пацієнтів у поліклініці і на дому дільничими терапевтами; прийом спеціалістами вузького профілю в поліклініці і на дому; параклінічні послуги; лікування в стаціонарі.

У період переходу охорони здоров'я на роботу в умовах ринку і страхової медицини ця система, яка діяла довгий час з достатньою ефективністю, потребує перегляду [2].

Серед організаційних заходів реформування охорони здоров'я перевагу необхідно віддавати реструктуризації ПМСД, яка передбачає пріоритетний розвиток найближчої до населення, доступної і дешевої амбулаторно-поліклінічної допомоги на засадах сімейної медицини або загальної лікарської практики [4].

Сьогодні ми все частіше чуємо, що дільничний принцип надання медичної допомоги перетворюється в "гальмівний" фактор і необхідно переходити до організації первинної медичної допомоги за принципом сімейного лікаря.

З якою метою доцільно змінити статус дільничного лікаря-терапевта. У чому полягає ця зміна? Перш за все в розширенні функцій за рахунок введення додаткових видів і об'ємів медичної допомоги з вузькопрофільних напрямків (ЛОР-захворювання, очні хвороби, неврологічна, хірургічна патологія і т.п.), в тому числі і надання медичної допомоги підліткам і дітям.

У більшості розвинутих країн світу первинна медична допомога надається лікарями загальної практики - сімейними лікарями [5].

Проте в нашій країні до цього часу немає чіткої моделі сімейного лікаря, яка відображала б основні напрями його діяльності. Необхідно сприяти законодавчому затвердженню в Україні інституту сімейних лікарів. Сьогодні статус сімейного лікаря залишається невизначеним [1].

Сімейний лікар має більш широкі знання як у галузі медицини, так і в інших суміжних спеціальностях - психології, соціології, соціальної медицини, економіці охорони здоров'я, профілактиці та ін. Головним його завданням є охорона здоров'я сімей, які він обслуговує, надання первинної медичної допомоги, лікування хворих незалежно від їх віку та виду захворювання.

Реформа охорони здоров'я передбачає поступовий перехід до організації первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря), тобто заміну дільничної служби на сімейного лікаря. В умовах розвитку страхової медицини особливого значення набуває перегляд концепції надання позалікарняної допомоги. Перехід організації медико-соціальної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря) передбачає значне розширення функцій, які виконує такий лікар в порівнянні з дільничними терапевтами і педіатрами. У першу чергу необхідно відзначити, що основною функцією сімейного лікаря є надання населенню багатопрофільної амбулаторної допомоги у відповідності з вимогами кваліфікаційної характеристики й отримання сертифікатів.

Сімейний лікар повинен мати базову терапевтичну освіту, але на відміну від дільничного лікаря-терапевта значно розширюється об'єм його діяльності, тому він повинен мати знання із суміжних спеціальностей, володіти практичними навичками для здійснення різних методів діагностики і лікування, які виконуються в даний час вузькими спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів. Він повинен володіти діагностикою не тільки терапевтичних захворювань, але вміти поставити правильний діагноз і при захворюваннях нервової системи, органів зору, ЛОР-патології, хірургічних та ін. Для надання кваліфікованої медичної допомоги важливо засвоїти перелік необхідних практичних навичок при суміжних захворюваннях.

Об'єм лікувально-діагностичних маніпуляцій, які зобов'язані виконувати дільничний терапевт (різні види ін'єкцій, знімання та шифрування ЕКГ, виконання реанімаційних заходів та ін.), при переході до надання амбулаторної допомоги за принципом сімейного лікаря суттєво збільшується і включає:

- різні хірургічні маніпуляції: первинну хірургічну обробку ран, проведення лікування і діагностичних пункцій, розтин панарицію, абсцесу, флегмони, зняття післяопераційних швів та ін.;

- різні отоларингологічні маніпуляції;

- обстеження неврологічного хворого;

- офтальмологічні маніпуляції: офтальмоскопію, визначення гостроти зору, тонометрію, зондування слізного каналця;

- вагінальні і ректовагінальні дослідження при акушерських ситуаціях.

Виконання перерахованих практичних навичок потребує не тільки високої кваліфікації, але і відповідного оснащення кабінетів і розробки чітких організаційних принципів лікаря в нових умовах.

Однією з найважливіших функцій сімейного лікаря є раннє виявлення прихованих форм захворювання, здійснення динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнтів з проведенням необхідних лікувально-оздоровчих заходів і залучення з цією метою спеціалістів різних медичних закладів. Важливим розділом діяльності сімейного лікаря є проведення експертизи тимчасової втрати працездатності, раціональне працевлаштування, а за наявності ознак стійкої втрати працездатності – своєчасне направлення для оформлення інвалідності.

У діяльності сімейного лікаря значна увага повинна приділятися профілактиці захворювань, а також організації медико-соціальної допомоги самотнім, престарілим, інвалідам, хронічним хворим разом з органами соціального захисту населення, благодійними організаціями, службами милосердя. Сімейний лікар повинен добре знати діюче законодавство з питань соціального захисту зазначених контингентів. Серед основних функцій сімейного лікаря необхідно також визначити надання консультативної допомоги сім'ї з питань годування, виховання дітей, імунопрофілактики, а також з планування сім'ї, етики і психогігієни сімейного життя.

Невід'ємною частиною роботи сімейного лікаря є ведення затвердженої обліково-звітної документації.

Перехід до сімейної медицини потребує підготовки кваліфікованих фахівців, пріоритетного фінансування і матеріального забезпечення первинної ланки медичної допомоги, а також розуміння медичною громадськістю важливості ПМСД і виконання її на засадах сімейної медицини.

Первинна медико-санітарна допомога на сьогодні в Україні реалізується в містах силами дільничних терапевтів, чисельність яких не перевищує 12 відсотків від загальної кількості лікарів. В економічно розвинутих країнах ПМСД надають 30-40% лікарів (в Канаді – до 50%). У сільській місцевості ПМСД беруть на себе 20% лікарів. Належний рівень ПМСД робить можливим те, що близько 30% стаціонар-

них хворих можуть не госпіталізуватись і обстежуватись та лікуватись у позалікарняних умовах. Нераціональність співвідношення ланок медичної допомоги призвело до того, що на амбулаторно-поліклінічну допомогу, де починають і закінчують лікування більшість (близько 80%) хворих, за даними В. Пономаренко і О. Ціборовського [4], витрачається лише 20% з бюджету охорони здоров'я, в тому числі на ПМСД - 5%.

На жаль, реформування почали з повального скорочення ліжкового фонду. Почати ж реформаторські дії слід було з підвищення діагностично-лікувальних можливостей ПМСД [3].

**Мета дослідження.** Вивчити думки дільничних лікарів-терапевтів і лікарів-педіатрів про надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню за принципом сімейної медицини.

**Матеріал і методи.** Наші дослідження показали, що населенню Чернівецької області за станом на перше січня 2000 р. ПМСД надавали 239 дільничних лікарів-терапевтів або 6,1% від загальної кількості штатних посад лікарів всіх спеціальностей (без стоматологів і зубних лікарів), а в м. Чернівцях – відповідно 135,5 і 10,6%.

А якщо врахувати, що в лікувально-профілактичних закладах нашої області всього дільничних лікарів-терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів 485,75 штатних посад, то їх питома вага в загальній кількості лікарів 12,5%, а по м. Чернівці – 19,8%.

Це свідчить про необхідність збільшення кількості посад сімейних лікарів.

Під час дослідження нами проведено опитування дільничних лікарів-терапевтів і лікарів-педіатрів з допомогою анкети, яка розроблена з урахуванням даних літератури. Анкетування проводилось серед дільничних лікарів-терапевтів поліклінік №1, №3 і лікарів-педіатрів дитячої поліклініки м. Чернівці.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Лікарі відповідали на питання, пов'язані з розумінням значення роботи за принципом сімейного лікаря і необхідності переходу до сімейної медицини.

Інші питання торкалися думки респондентів про необхідність надання ПМСД на засадах сімейної медицини і як це вплине на покращання якості надання медичної допомоги, в чому будуть полягати переваги та головні завдання сімейної медицини, а також – якими знаннями повинен володіти сімейний лікар і які шляхи підготовки лікарів сімейної медицини. Враховувалася думка дільничних лікарів-педіатрів про необхідність обслуговування дитячого населення лікарями загальної практики (сімейними лікарями).

При цьому отримані такі дані.

Із 114 опитаних лікарів стаж роботи від 5 до 15 років мали 43,8% лікарів (терапевти – 40%, педіатри – 48,9%), більше 15 років – 42,1% (терапевти – 43%, педіатри – 40,8%) стаж роботи менше 5 років мали 14% лікарів (терапевти – 16,9%, педіатри – 10,2%).

При аналізі результатів анкетування стаж роботи не вплинув суттєво на результати опитування.

Встановлено, що повне уявлення про роботу за принципом сімейного лікаря мають 21% лікарів (терапевти – 35,3%, педіатри – 2%), неповне – 71,9% (терапевти – 58,4%, педіатри – 89,7%), не мали уявлення 7% лікарів (терапевти – 6,1%, педіатри – 8,1%).

На питання щодо необхідності надання ПМСД на засадах сімейної медицини 53,5% дільничних лікарів висловили позитивне ставлення (терапевти – 56,9%, педіатри – 48,9%), негативне – 11,4% (терапевти – 10,7%, педіатри – 12,2%) і не визначились – 35% лікарів (терапевти – 32,3%, педіатри – 38,7%).

Переконані, що перехід до надання ПМСД на засадах сімейної медицини суттєво вплине на покращання якості надання медичної допомоги 64,6% дільничних лікарів-терапевтів, 30,7% терапевтів вважають, що покращання не буде, а 4,6% – не визначились.

На питання, як вплине на якість медичного обслуговування дитячого населення перехід до роботи за принципом сімейного лікаря, який буде обслуговувати як доросле населення, так і дитяче населення, 44,8% лікарів-педіатрів висловились позитивно, негативно - 34,6% і не визначились - 20,4% педіатрів.

При переході до сімейної медицини 71,4% дільничних лікарів-педіатрів

вважають доцільним залишити за ними обслуговування дітей, 18,3% - так не вважають, а 10,2% педіатрів не визначились.

У чому будуть переваги медичного обслуговування населення за принципом сімейного лікаря? 40% респондентів відповіли, що це буде нагляд за населенням, починаючи від народження і впродовж усього життя, і буде більше відповідальності за здоров'я кожного пацієнта; 36,9% вважають, що буде постійний нагляд за хворими, сім'єю, більше уваги буде приділятися профілактичній роботі. Не відповіли або дали відповідь не по суті зазначеного питання 23% респондентів.

Щодо питання, які головні завдання сімейного лікаря, то 56,9% опитуваних дільничних лікарів відповіли, що головними завданнями є профілактика, раннє виявлення захворювань та лікування, 7,6% вважають, що головне завдання сімейного лікаря - це формування здорового способу життя, а в 23% - це покращання обслуговування населення, в тому числі широкого профілю захворювань (ЛОР, очні та ін.), і лише 1,5% респондентів вважають, що головні завдання не відрізняються від завдань дільничного лікаря-терапевта.

На це ж питання 51,1% дільничних лікарів-педіатрів відповіли, що головними завданнями сімейного лікаря є: профілактика захворювань, здоровий спосіб життя, надання кваліфікованої допомоги, профілактика, диспансеризація, лікування, і 10,2% педіатрів не дали відповіді на поставлене питання.

Кваліфікація сімейного лікаря повинна бути кращою, ніж у дільничного терапевта, - вважають 87,6% дільничних лікарів-терапевтів, а 12,3% так не вважають.

100% лікарів-терапевтів і педіатрів вважають, що сімейний лікар, крім широких знань в галузі медицини, повинен володіти певним обсягом знань із психології, соціальної медицини, економіки, охорони здоров'я та ін.

Про необхідність підготовки сімейних лікарів у вищих медичних навчальних закладах висловилося 84,6% дільничних терапевтів, проте 15,3% терапевтів вважають, що така підготовка не потрібна.

#### **Висновки.**

1. З метою суттєвого покращання медичної допомоги населенню необхідно здійснити реструктуризацію ПМСД на засадах сімейної медицини з обов'язковим виконанням комплексної перебудови фінансування охорони здоров'я.

Цей напрям реформи потребує підготовки кваліфікованих фахівців сімейної медицини, пріоритетного фінансування і матеріально-технічного забезпечення первинної ланки медичної допомоги.

2. Необхідно розробити і затвердити статус сімейного лікаря, визначивши основні напрями його діяльності.

3. Вивести ПМСД з поліклінік, переглянувши статус останніх та підпорядкованість ПМСД.

4. Здійснити ретельну підготовку до переходу роботи за принципом сімейної медицини, звернувши особливу увагу на підготовку медичних працівників і населення з цих питань. Невиконання викладених вимог, волонтаризм, поспішність, здійснення непродуманих організаційних заходів і недостатня підготовка високопрофесійних сімейних лікарів не дасть можливості здійснити один із пріоритетних напрямів реформування охорони здоров'я.

5. Наші дослідження показали, що 53,5% дільничних лікарів-терапевтів і педіатрів висловились за необхідність надання населенню ПМСД на засадах сімейної медицини, а 64,6% дільничних лікарів-терапевтів і 44,8% педіатрів переконані, що перехід до надання ПМСД на засадах сімейної медицини суттєво вплине на покращання якості надання медичної допомоги населенню.

**Література.** 1. Лучинський А. "Пульс України" стабілізується // Ваше здоров'я. - 1999. - №51. 2. Морозов О.Н., Никольская В.А. К вопросу об организации работы врачей общей практики // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1999. - №1. - С.32-33. 3. Пиріг Л. Нефрологічний профіль первинної медико-санітарної допомоги // Ваше здоров'я. - 1999. - №38. 4. Пономаренко В.М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 1999. - №1. - С.7-10. 5. Шегедін М.Б. Сімейна медицина і сімейне медсестринство // Одеський медичний журнал. - 1999. - №3. - С.7-10.

#### **BASIC ORIENTATIONS OF THE ACTIVITY OF A FAMILY DOCTOR**

*A.P.Zubovych, V.E.Kardash, K.O.Lavrusevych, G.Ya.Kardash*

**Abstract.** The authors consider the issue of reforming the system of health protection in Ukraine: increased significance, an ever growing role in the general system of primary medico-sanitary

assistance (PMSA) that envisages the development of the ambulatory-outpatient service to the population on the basis of the Family Medicine as well as basic orientations of the activities of a family doctor.

**Key words:** family doctor, family medicine, primary medico-sanitary assistance (PMSA).

Bukovinian State Medical Academy (Chenivtsi)

Надійшла до редакції 14.06.2000 року

УДК 611.846.1.

*С.Ю.Кравчук*

## МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТЕОРІЇ УЧАСТІ М'ЯЗИВ ОЧНОГО ЯБЛУКА В АКОМОДАЦІЇ

Кафедра анатомії людини (зав. – проф. В.М.Круцик)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** За допомогою методів гістологічного дослідження, макро- мікроскопічного препарування вивчена будова м'язів та оболонок очного яблука людини. Використовуючи власні дані та аналізуючи роботи інших дослідників, подаються основні положення теорії участі м'язів очного яблука в акомодациї.

**Ключові слова:** будова очного яблука, ембріогенез, короткозорість.

**Мета дослідження.** Виявити анатомічні особливості будови очного яблука та його м'язів у зв'язку з їх участю в процесі акомодациї.

**Матеріал і методи.** Дослідження проведено на 28 препаратах очних яблук з кінцевими відрізками м'язів методами препарування, макро- та мікроскопії, виготовлення гістологічних зрізів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Око людини є складна оптична система, куди входить рогівка, волога передньої та задньої камер, кришталик, склисте тіло.

Згідно з теорією Гельмгольца [13] пристосування ока до бачення на різних відстанях здійснюється за допомогою тільки однієї активної (війкового м'яза) і однієї пасивної (кришталик) структур. Скорочення війкового м'яза призводить до зміщення вперед та присередньо війкового тіла і послаблення волокон війкового пояса (або циннової зв'язки), які починаються від базальної мембрани війкового тіла і прикріплюються до капсули кришталика. Капсула оточує еластичну речовину кришталика й утримує її під певним тиском, тому розслаблення пояскових волокон викликає збільшення опуклості кришталика. Він потовщується (при максимальній акомодациї на 0,4 мм), що збільшує його заломлюючу силу і зменшує фокусну відстань, тобто наближує до ока точку найкращого бачення. Розслаблення війкового м'яза має наслідком зворотний процес, коли кришталик уплощується і точка найкращого бачення віддаляється.

Ця теорія лежить в основі багатьох гіпотез патогенезу міопії – найпоширенішого дефекту зору людей, викликаного розвитком цивілізації. Загальною ознакою вважається положення про появу набутої короткозорості внаслідок патологічного тонуусу війкового м'яза (спазму акомодациї), викликаного довгою зоровою роботою на близькій відстані. Участь у цьому процесі екстраокулярних м'язів до уваги не береться або тільки підкреслюється їх роль у бічному тиску на очне яблуко і подальше компенсаційне видовження яблука при прогресуванні міопії.

На думку автора, роль м'язів очного яблука в акомодациї не менш важлива, ніж роль війкового м'яза. По суті вони є антагоністами війкового м'яза, і їх одночасне скорочення (збільшення тонуусу) призводить до переведення погляду на віддалено розташовані предмети.

Прямі м'язи починаються від спільного сухожилкового кільця поблизу зорового каналу і прикріплюються до склери очного яблука на відстані близько 5–6