

# ХТО Ж ВІДПОВІДАЄ ЗА ОНКОПРОФОГЛЯД ЖІНОК?

Проведення онкологічних профілактичних оглядів жінок зараз покладене на лікарів загальної практики-сімейної медицини. Щоправда, це передбачено на папері — відповідними документами, виданими МОЗ України, а от процедури втілення їх у життя ще не розроблено. Адже первинна медична мережа реформована, а вторинна — ні. До того ж, готують сімейних лікарів шляхом перепрофілювання, а швидко зробити з них спеціалістів широкого профілю доволі складно.



**Лівія НИКИФОР**, доцент кафедри сімейної медицини Буковинського державного медичного університету

Організація та проведення онкопрофоглядів жіночого населення є частиною функціональних обов'язків сімейних лікарів. Більше того, згідно з клінічним протоколом «Дисплазія шийки матки. Рак шийки матки», затвердженим Наказом МОЗ України від 02.04.2014 р. №236, лікарі загальної практики-сімейної медицини повинні не тільки організувати раннє виявлення безсимптомного раку, заохочувати жінок до участі у скринінгових дослідженнях, а й сприяти виконанню ними всіх рекомендацій спеціалістів під час протипухлинного лікування та забезпечувати належну паліативну допомогу.

## Старе зламали, нового не побудували

На перехідному етапі, коли реформована відповідно до світових стандартів первинна мережа функціонує нарівні з вторинною, структурованою ще за радянськими нормативами, проведення онкопрофоглядів у містах здійснюється переважно у закладах вторинного рівня надання меддопомоги: жіночих консультаціях і оглядових кабінетах поліклінік. За цих умов проведення онкопрофогляду лікарями загальної практики-сімейної медицини в містах, образно кажучи, неконкурентоспроможне.

У сільській місцевості, де значну частину профоглядів жіночого населення традиційно здійснювали переважно акушерки, є можливість для покращення вторинної профілактики раку шийки матки. Для цього сімейні лікарі повинні оволодіти відповідними навичками. Проте сподіватися, що при неререформованій вторинній мережі такий лікар відійде від звичної схеми і почне сам проводити онкопрофогляди, не варто. Бо, як правило, у тій самій амбулаторії сидять і акушерка, і гінеколог, який виїхав на закріплену дільницю. У деяких регіонах, де відсутні консультативні центри, акушерки та акушери-гінекологи, котрі належать до поліклініки ЦРЛ чи жіночої консультації, фактично працюють в амбулаторіях і виконують там завдання медиків як первинного, так і вторинного рівня. Відповідно, жінка воліє

йти до вузького спеціаліста, бо вважає, що сімейний лікар не має достатнього досвіду.

Ще одна проблема — неякісне виконання цитологічних мазків. Найкраще, коли аналіз робиться в районній лікарні, де є спеціаліст-цитолог і лабораторія. Аналізи, взяті в амбулаторії, часто два-три дні чекають відправлення до жіночої консультації, а там — своєї черги. Навряд чи можна сподіватися на високу якість такого дослідження.

Звісно, нашій медицині необхідне реформування. Проте, гадаю, не варто навідріз відмовлятися від набутого. Маю на увазі організовані профогляди на підприємствах і в держустановах. Зараз їх обов'язково проходять лише медики, педагоги, працівники галузі харчування. А колись вони охоплювали всі без винятку прошки населення. Так, тоді були організаційні недоліки, але лікарі виїздили в села, в усіх жінок брали матеріал для цитологічного дослідження, за потреби — на біопсію і навіть проводили електрокоагуляцію шийки матки портативними апаратами. Тобто навіть у тих умовах це був дуже спеціалізований підхід. На жаль, це вже втрачено, а от нового, на що маємо перейти, ще немає.

## Долаємо психологічний бар'єр

Сьогодні сімейних лікарів потрібно вчити проводити онкопрофогляди жінок на базах стажування. Але, як правило, їх керівники не вважають

цей напрямок пріоритетним. У випадках, коли підготовка сімейних лікарів здійснюється на курсах спеціалізації, фахівці, які ще вчора працювали на педіатричних та терапевтичних дільницях, продовжують вважати, що проведення онкопрофоглядів жінок залишається в компетенції акушерок та гінекологів. Зламати такі стереотипи вдається не завжди.

Аби підвищити якість проходження студентами, лікарями-інтернами загальної практики-сімейної медицини практики та медиками — післядипломної перепідготовки, у 2012-2013 роках на базі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини створено Навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги Буковинського державного медичного університету. Однією з основних функцій таких центрів є відпрацювання практичних навичок обстеження пацієнтів та алгоритмів надання первинної медико-санітарної допомоги на селі. Навчально-практичні центри ПМСД оснащені типовим обладнанням, що дає змогу виконувати достатню кількість онкопрофоглядів під час майстер-класів.

Майстер-класи проводимо паралельно з оглядами, наприклад, дитячого населення або з майстер-класами з офтальмології, отоларингології тощо. При цьому жінок завчасно попереджаємо про можливість проходження

онкопрофогляду та консультування у профільного спеціаліста медуніверситету. До навчання залучаємо невеликі групи слухачів. Як показує досвід, для достатнього оволодіння навичками проведення оглядів із взяттям матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження, проби Шіллера та проби з оцтовою кислотою достатньо одноденного майстер-класу, оскільки проблема часто полягає в неможливості здолати сімейними лікарями так званого психологічного бар'єра.

## Для навчання — окрема збірка клінічних протоколів

Для сімейних лікарів ми підготували методичні матеріали, зокрема перелік документів стандартизації. Для акушерів-гінекологів таких документів наразі є 60, кожен з яких — обсягом 50-200 сторінок. Але ж окрім гінекології сімейні лікарі мають ще клінічні протоколи з педіатрії, кардіології, нефрології, невідкладних станів, отоларингології тощо. Ці документи стандартизації від початку були розраховані на вузьких спеціалістів, тобто дуже детальні й об'ємні. Тому, аби полегшити перекваліфікацію сімейних лікарів, необхідно, на мою думку, створити комісію при Міністерстві охорони здоров'я, яка з усього різноманіття наявних на сьогодні документів зробила б один, у якому містилися б рекомендації з нозологій і клінічний маршрут пацієнтів. А вже потім спеціалісти області повинні адаптувати таку збірку до своєї території. Однак це стане можливим лише після створення клінічних протоколів по всіх нозологіях.

По суті, необхідно розробити національні підручники для сімейних лікарів за різними напрямками, так, як це зроблено в країнах Європи, де сімейна медицина почала формуватися понад 50 років тому. Тобто має бути не 10 підручників — для кожного вишу свій, а один — національний.

## Зворотний зв'язок з приватними гінекологами

Сьогодні в кожному великому місті і навіть райцентрі є приватні гінекологічні кабінети, до яких звертається чимало жінок. І це дуже добре, адже у таких клініках огляд жінки обов'язково супроводжується взяттям мазків на мікрофлору та цитологічне дослідження, а також виконується кольпоскопія. Але інформація про здоров'я жінок, які пройшли онкопрофогляди в приватних клініках, не потрапляє до сімейних лікарів, тобто немає зворотного зв'язку. Тому на рівні будь-якої територіальної одиниці необхідно відпрацювати механізм взаємодії та передачі такої інформації до єдиної бази даних сімейних лікарів. Тоді більше жінок можна буде вчасно оглянути й пролікувати.

Проблема смертності жінок працездатного віку від раку шийки матки дуже актуальна. І найбільше в цьому питанні болить те, що завдяки якійсій системі проведення онкопрофоглядів у 80% випадків йому можна запобігти на етапі передпухлинних станів.

Ольга РУСНАК,  
спеціально для «ВЗ», м. Чернівці

« **АБИ ПОЛЕГШИТИ ПЕРЕКВАЛІФІКАЦІЮ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ, НЕОБХІДНО, НА МОЮ ДУМКУ, СТВОРИТИ КОМІСІЮ ПРИ МІНІСТЕРСТВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКА З УСЬОГО РІЗНОМАНІТТЯ НАЯВНИХ НА СЬОГОДНІ ДОКУМЕНТІВ ЗРОБИЛА Б ОДИН, У ЯКОМУ МІСТИЛИСЯ Б РЕКОМЕНДАЦІЇ З НОЗОЛОГІЙ І КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТІВ** »

### МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П. Л. ШУПИКА ОГОЛОШУЄ КОНКУРС НА ЗАМІЩЕННЯ ТАКИХ ПОСАД:

■ **завідувачів кафедр: дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації (1 посада на 1 ст.), паліативної та хоспісної медицини (1 посада на 1 ст.);**  
■ **професора кафедри неонатології (1 посада на 0,25 ст.);**  
■ **доцента кафедри акушерства, гінекології та репродуктології (1 посада на 0,5 ст.);**

■ **асистентів кафедр: неврології і рефлексотерапії (1 посада на 1 ст.), дитячої анестезіології та інтенсивної терапії (1 посада на 0,5 ст.), філософії (1 посада на 0,25 ст.);**  
■ **старшого викладача кафедри управління охороною здоров'я (1 посада на 1 ст.);**

■ **молодшого наукового співробітника Центральної науково-дослідної лабораторії (1 посада на 1 ст.).**

**АДРЕСА АКАДЕМІЇ:** 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

**ПРИЙОМ ДОКУМЕНТІВ** — 30 днів з дня опублікування оголошення