

**Загальна практика - сімейна
медицина: у 3 книгах. Книга 1.
Організація первинної
медичної допомоги: підручник**

Підручник «Загальна практика - сімейна медицина» - найсучасніше, фундаментальне видання, яке ґрунтується на міжнародних стандартах надання первинної медичної допомоги, є результатом багаторічної роботи досвідчених фахівців науки та клінічної практики - працівників профільних кафедр сімейної медицини на до-і післядипломному рівні майже всіх закладів вищої медичної освіти України. Відповідає вимогам до підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (WONCA) та Всесвітньої федерації медичної освіти (WFME) 2013 р., Наказу МОЗ України «Про затвердження Положення про інтернатуру». У книзі:

- наведено сучасну інформацію з організації роботи лікарів первинної медичної допомоги;
- охоплено засади діяльності спеціалістів первинної медичної допомоги в системі eHealth з імплементацією міжнародної класифікації проблем і діагнозів у первинній медицині - ICPC-2;
- розкрито вікові особливості пацієнтів при наданні первинної медичної допомоги;
- описано застосування телемедицини та інформаційних технологій, основ профілактики, реабілітації, паліативної допомоги, деонтології;
- подано формування комунікативних навичок в амбулаторних умовах;
- вміщено матеріали про лікарсько-трудова експертизу та надання невідкладної медичної допомоги.

Книга призначена для широкого кола фахівців-практиків у галузі медицини - студентів старших курсів вищих медичних закладів освіти, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, дільничних терапевтів і педіатрів, лікарів-спеціалістів, дотичних до співпраці з лікарями первинної медичної допомоги, а також викладачів і науковців у цих галузях.



ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

В 3 КНИГАХ



КНИГА **1**

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КНИГА **2**

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА І ПЕДІАТРІЯ

В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ
ПРАКТИЦІ

КНИГА **3**

СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЦИНА

В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ
ПРАКТИЦІ



ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

HEALTH CARE
В 3 КНИГАХ • КНИГА **1**

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПІДРУЧНИК

За редакцією
доктора медичних наук, професора, лікаря-терапевта
вищої категорії, завідувача кафедри терапії та сімейної
медицини Тернопільського національного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
академіка Національної академії вищої освіти України,
віце-президента Української асоціації сімейної
медицини, голови правління Асоціації сімейної медицини
Тернопільщини **Лілії Бабінець**

РЕКОМЕНДОВАНО
до друку рішенням вченої ради
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України

Київ
ВСВ «Медицина»
2023

УДК 626.1/4:253(075.8)
ББК 51.1(4Укр)я73
3-12

*Рекомендовано до друку рішенням вченої ради
Тернопільського національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол № 10 від 26 вересня 2023 р.)*

Рецензенти:

О.К. Толстанов — член-кор. НАМН України, д-р мед. наук, професор, президент Української асоціації сімейної медицини, проректор з науково-педагогічної роботи, голова вченої ради Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

М.В. Гребеник — д-р мед. наук, професор, зав. кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

З огляду на швидкий розвиток медичної науки, лікарям-практикам слід проводити незалежну перевірку діагнозів і дозування лікарських засобів та опиратися на власний досвід і знання під час оцінювання та застосування методів діагностики й лікування, результатів експериментів та будь-яких даних. Автори, редактори, видавці та розповсюджувачі не несуть відповідальності за наслідки використання матеріалів, представлених у цій праці. Книга розрахована на фахівців-медиків, майбутніх професіоналів, магістрів, тому усім, хто не має відповідної підготовки, категорично не рекомендується застосовувати будь-яку інформацію, подану в книзі, без консультації з лікарем.

3-12 **Загальна практика — сімейна медицина : підручник : у 3 кн. — Кн. 1. Організація первинної медичної допомоги / Л.В. Андріюк, Л.С. Бабінець, В.І. Величко та ін. ; за ред. проф. Лілії Бабінець. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 448 с.
ISBN 978-617-505-958-6 (вид. у 3 кн.)
ISBN 978-617-505-953-1 (кн. 1)**

Перша книга підручника «Загальна практика — сімейна медицина» містить основні організаційні засади роботи лікаря первинної медичної допомоги (ПМД), що відповідають наскрізній загальноукраїнській програмі викладання дисципліни «Загальна практика — сімейна медицина» на до- і післядипломному рівнях вищої медичної освіти. Видання створено колективом досвідчених фахівців науки і клінічної практики в галузі надання первинної медичної допомоги основних профільних кафедр медичних закладів вищої освіти України. Автори надали актуальну інформацію для підготовки студентів, інтернів та курсантів до занять із питань організаційних засад роботи лікарів ПМД, що включає зміст первинної ланки медичної допомоги, історію ПМД, функціональні обов'язки лікаря загальної практики — сімейного лікаря, інформаційні технології забезпечення ПМД, вікові аспекти сімейної медицини, основи реабілітації, геронтології та паліативно-хоспісної допомоги в амбулаторних умовах, питання лікарсько-трудової експертизи, надання невідкладної медичної допомоги на етапі ПМД.

Для студентів старших курсів вищих медичних закладів освіти, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, дільничних терапевтів і педіатрів, лікарів-спеціалістів, дотичних до співпраці з лікарями ПМД, а також для викладачів і науковців у цих галузях.

УДК 626.1/4:253(075.8)
ББК 51.1(4Укр)я73

ISBN 978-617-505-958-6 (вид. у 3 кн.)
ISBN 978-617-505-953-1 (кн. 1)

© Л.В. Андріюк, Л.С. Бабінець, В.І. Величко, Н.Г. Гойда, В.М. Ждан, Н.М. Железнякова, А.А. Заздравнов, В.Г. Карпенко, Н.С. Михайловська, В.Г. Міщук, Р.О. Моїсеєнко, О.А. Опарін, Л.М. Пасієшвілі, Н.М. Пасієшвілі, Т.М. Пасієшвілі, Л.П. Сидорчук, А.В. Царенко, С.Ю. Ціпоренко, В.В. Чайковська, Н.Д. Чухрієнко, О.Г. Шекера, О.С. Шевченко, М.Ю. Бабаніна, Н.Є. Бошок, І.М. Галабіцька, О.Ю. Железняков, О.Є. Кітура, П.О. Колесник, Б.О. Мігенько, Б.А. Рогожин, В.Є. Шапкін, 2023
© ВСВ «Медицина», оформлення, 2023

Авторський колектив

Л.В. АНДРІЮК, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Л.С. БАБІНЕЦЬ, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри терапії та сімейної медицини медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
Віцепрезидент Української асоціації сімейної медицини
Голова Асоціації сімейної медицини Тернопільщини
Академік Національної академії вищої освіти України

В.І. ВЕЛИЧКО, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної медицини

Н.Г. ГОЙДА, доктор медичних наук, професор

Кафедра паліативної та хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

В.М. ЖДАН, доктор медичних наук, професор

Кафедра сімейної медицини і терапії
Ректор Полтавського державного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної медицини

Н.М. ЖЕЛЕЗНЯКОВА, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету

А.А. ЗАЗДРАВНОВ, доктор медичних наук, професор

Кафедра загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету

В.Г. КАРПЕНКО, доктор медичних наук, професор

Кафедра акушерства і гінекології № 3 Харківського національного медичного університету

В.Г. МІЩУК, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри загальної практики — сімейної медицини та реабілітації Івано-Франківського національного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної медицини

Н.С. МИХАЙЛОВСЬКА, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб Запорізького державного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної медицини

Р.О. МОЙСЕЄНКО, доктор медичних наук, професор

Кафедра паліативної та хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

О.А. ОПАРІН, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри терапії № 2 Харківського національного медичного університету
Президент Української академії історії медицини

Л.М. ПАСІЄШВІЛІ, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної медицини

Н.М. ПАСІЄШВІЛІ, доктор медичних наук, професор

Директор КНП Харківської обласної ради «Обласний клінічний перинатальний центр»

Т.М. ПАСІЄШВІЛІ, доктор медичних наук, доцент

Кафедра внутрішньої медицини № 3 та ендокринології Харківського національного медичного університету

Л.П. СИДОРЧУК, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри сімейної медицини
Буковинського державного медичного університету
МОЗ України
Член правління Української асоціації сімейної
медицини

А.В. ЦАРЕНКО, доктор медичних наук, професор

Завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика

**С.Ю. ЦІПОРЕНКО, доктор медичних наук,
професор**

Кафедра амбулаторної та сімейної медицини
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика
Заступник директора з медичного обслуговування
дорослого населення КНП «Центр первинної
медико-санітарної допомоги № 2 Подільського
району міста Києва»

**В.В. ЧАЙКОВСЬКА, доктор медичних наук,
професор**

Кафедра паліативної та хоспісної медицини
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика

Н.Д. ЧУХРІЄНКО, доктор медичних наук, професор

Почесний президент Української асоціації сімейної
медицини
Голова Асоціації сімейної медицини Дніпропетровсь-
кої області
Професор кафедри сімейної медицини Дніпровського
державного медичного університету

**О.С. ШЕВЧЕНКО, доктор медичних наук,
професор**

Завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології
Харківського національного медичного
університету

О.Г. ШЕКЕРА, доктор медичних наук, професор

Кафедра паліативної та хоспісної медицини
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика
Член Президії та правління Української асоціації
сімейної медицини
Академік Національної академії вищої освіти
України

М.Ю. БАБАНІНА, кандидат медичних наук, доцент

Завідувач кафедри сімейної медицини і терапії
Полтавського державного медичного університету
Член правління Української асоціації сімейної меди-
цини

Н.Є. БОЦЬОК, кандидат медичних наук, доцент

Кафедра терапії та сімейної медицини Тернопіль-
ського національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

**І.М. ГАЛАБІЦЬКА, кандидат медичних наук,
докторант**

Кафедра терапії та сімейної медицини Тернопільського
національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

**О.Ю. ЖЕЛЕЗНЯКОВ, кандидат медичних наук,
доцент**

Кафедра акушерства і гінекології № 3 Харківського
національного медичного університету

О.Є. КИТУРА, кандидат медичних наук, доцент

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних
станів Полтавського державного медичного
університету

П.О. КОЛЕСНИК, кандидат медичних наук, доцент

Завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторної
допомоги медичного факультету № 2
Ужгородського національного університету
Член правління Української асоціації сімейної
медицини

Б.О. МІГЕНЬКО, кандидат медичних наук, доцент

Кафедра терапії та сімейної медицини Тернопільського
національного медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Б.А. РОГОЖИН, кандидат медичних наук, доцент

Кафедра організації та управління охороною здоров'я
Харківського національного медичного університету
Дійсний член Української академії історії медицини

В.Є. ШАПКІН, кандидат медичних наук, доцент

Кафедра загальної практики — сімейної медицини
та внутрішніх хвороб Харківського національного
медичного університету

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ.....	6	1.3.10. Порядок направлення хворих для надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.....	50
ПЕРЕДМОВА	7	1.4. Міжнародна класифікація ПМД ICPC-2 — важливий інструмент для оптимізації роботи лікарів ПМД України.....	53
МОТИВАЦІЙНА КОМПЕТЕНЦІЯ МАЙБУТЬОГО ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	8	1.4.1. Загальні відомості щодо структури і складу електронної системи охорони здоров'я України.....	61
ЗАГАЛЬНА ІСТОРІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	11	1.5. Експертиза втрати працездатності в Україні.....	64
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	18	1.5.1. Експертиза тимчасової втрати працездатності у первинній медичній практиці в сучасних умовах.....	64
1.1. Основні положення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я і ПМД, її завдання і законодавча база	18	1.5.2. Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при найпоширеніших захворюваннях з урахуванням поліклінічного та стаціонарного лікування.....	68
1.1.1. Принципи системи охорони здоров'я.....	18	1.5.3. Медико-соціальна експертиза в амбулаторній практиці.....	70
1.1.2. Функції системи охорони здоров'я.....	20	1.5.4. Експертиза стійкої втрати працездатності.....	74
1.1.3. Основні завдання первинної медичної допомоги.....	21	1.6. Організація медико-соціальної реабілітації пацієнтів на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України та місце сімейного лікаря в ній.....	80
1.2. Глосарій термінології організаційної структури ПМД в умовах реформування	25	1.6.1. Реабілітаційна допомога пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) і реконвалесцентам	85
1.3. Організація ПМД у рамках реформування медичної системи в Україні.....	29	1.7. Превентивна медицина — важливий напрям первинної медичної практики — сімейної медицини: визначення, мета, завдання.....	93
1.3.1. Первинний рівень надання медичної допомоги.....	29	1.8. Електронний лікарняний листок	103
1.3.2. Фінансування ПМД у контексті реформи системи охорони здоров'я України	34	1.8.1. Порядок формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність у Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я (за наказом МОЗ України від 01.06.2021 р. № 1066)	104
1.3.3. Порядок вибору пацієнтами лікаря-надавача послуг ПМД із заповненням відповідної декларації та іншої медичної документації.....	38	1.9. Національна програма «Доступні ліки» й електронний рецепт	111
1.3.4. Положення про лікаря загальної практики — сімейної медицини (на основі додатка 1 до чинного наказу МОЗ України від 23.02.2001 № 72)	45	1.10. Порядок створення нового закладу ПМД.....	114
1.3.5. Положення про медичну сестру загальної практики — сімейної медицини (на основі додатка 2 до чинного наказу МОЗ України від 23.02.2001 № 72).....	46	1.11. Основи ефективної комунікації в практиці лікаря ПМД.....	119
1.3.6. Примірне положення про відділення загальної практики — сімейної медицини (на основі додатка 3 до чинного наказу МОЗ України від 23.02.2001 № 72)	46	1.12. Телемедицина у практиці ПМД	134
1.3.7. Положення про денний стаціонар (додаток 4 до наказу МОЗ України від 23.02.2001 № 72).....	47	1.13. Кваліфікаційна характеристика лікаря загальної практики — сімейного лікаря	141
1.3.8. Вторинний рівень надання медичної допомоги.....	49		
1.3.9. Третинний рівень надання медичної допомоги.....	50		

Розділ 2. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ.....	143
2.1. Основні принципи та організаційні засади ведення дітей і підлітків у сімейній медицині ...	143
2.1.1. Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дитини віком до 3 років	146
2.1.2. Рациональне вигодовування та харчування дитини віком до 3 років.....	153
2.1.3. Фізичний розвиток дитини.....	158
2.1.4. Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку.....	166
2.1.4.1. Амбулаторне ведення дітей віком від 2 міс. до 5 років	168
2.1.4.2. Амбулаторне ведення немовлят віком від 0 до 2 міс.	178
2.1.5. Охорона здоров'я підлітків, роль сімейного лікаря: оцінювання стану здоров'я, розвитку та психосоціальної адаптації. Клініка, дружба до молоді	182
2.2. Особливості ведення людей похилого віку в сімейній медицині.....	184
2.2.1. Вікові зміни організму, зумовлені старінням	184
2.2.2. Основи геріатричної медицини для лікаря загальної практики	189
2.2.2.1. Демографічна ситуація	189
2.2.2.2. Функціональна анатомія та фізіологія.....	189
2.2.2.3. Обстеження.....	191
2.2.2.4. Прояви проблем у геріатричній медицині.....	193
2.2.2.5. Реабілітація	200
2.2.3. Актуальні питання геропсихології у практиці сімейного лікаря.....	200
2.2.3.1. Градація старості та її вікові кризи	200
2.2.3.2. Особливості інтелектуальної сфери людини похилого віку.....	202
2.2.3.3. Механізми компенсації зниження інтелектуальних функцій людей похилого віку	204
2.2.3.4. Зміни основних пізнавальних процесів у старості.....	205
2.2.3.5. Психологічний зміст поняття «мудрість»	207
2.2.3.6. Характеристика емоційної сфери старіючої людини.....	208
2.2.4. Типи особистості в похилому віці.....	217
2.2.4.1. Властивості особистості людей старшого і похилого віку.....	221
2.2.5. Проблеми здоров'я та медико-соціальне обслуговування людей похилого віку.....	223
2.2.5.1. Думки про смерть і страх смерті. Умирання.....	223
2.2.5.2. Люди похилого віку, які живуть в інтернаті. Хоспіси.....	225
2.2.5.3. Щаслива старість та активне довголіття.....	226
2.2.5.4. Психологічне консультування людей похилого віку.....	231
2.2.5.5. Психотерапія в пізньому віці.....	235
Розділ 3. КОМПЕТЕНЦІЇ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ, ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ У ПРАКТИКУ ПМД	237
3.1. Актуальні аспекти формування організаційно-соціальної компетенції у викладанні сімейної медицини: факти, проблеми, можливі рішення.....	237
3.2. Компетенція і компетентність у системі вищої медичної освіти при підготовці лікарів ЗП—СЛ: аналіз літературних джерел, сучасних викладацьких розробок і впроваджень, власний досвід	244
3.3. Деонтологічні засади діяльності лікаря ПМД.....	250
3.4. Медична помилка в практиці сімейного лікаря: причини та шляхи запобігання.....	262
3.5. Наукова спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина»: проблеми, здобутки. Алгоритм проведення наукового дослідження у первинній медичній практиці.....	271
3.6. Профілактика онкологічної патології. Канцерофобія.....	277
3.7. Паліативна і хоспісна допомога в практиці лікаря загальної практики – сімейного лікаря	279
3.7.1. Паліативна і хоспісна допомога – інноваційний вид медико-соціальної допомоги населенню.....	279
3.7.2. Стратегія надання паліативної допомоги	280
3.7.3. ПХД – глобальна проблема людства	286
3.7.4. Організація та нормативне регулювання надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні	289
3.7.5. Показання для надання ПХД пацієнтам.....	291
3.7.6. Організаційні форми надання ПХД і соціальної послуги паліативного догляду	293
3.7.7. Якість життя паліативних пацієнтів та її складові	297
3.8. Контроль клінічних симптомів у паліативних пацієнтів	299
3.8.1. Хронічний больовий синдром у паліативних пацієнтів	300
3.8.2. Загальні принципи контролю хронічного больового синдрому у паліативних пацієнтів.....	303
3.8.3. Задишка/диспное/рефрактерна задишка.....	311
3.8.4. Кашель. Кровохаркання.....	312
3.8.5. Нудота. Блювання.....	312
3.8.6. Анорексія/кахеція та інші клінічні синдроми в онкологічних паліативних пацієнтів.....	313
3.8.7. Втома та втомлюваність	314

3.8.8. Закреп. Діарея	314	4.1.1. Рефлекторне нервово-зумовлене синкопе	352
3.8.9. Ураження шкіри та слизових оболонок. Пролежні.....	315	4.1.2. Синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії	354
3.8.10. Асцит.....	316	4.1.3. Кардіогенне синкопе	358
3.8.11. Дисфагія.....	317	4.2. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях	368
3.8.12. Судоми.....	318	4.2.1. Гіпертензивні кризи.....	368
3.8.13. Лімфедема.....	318	4.2.2. Гострий коронарний синдром.....	370
3.8.14. Безсоння	318	4.2.3. Інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST.....	374
3.9. Психологічні та психотерапевтичні аспекти надання ПХД. Втрата, страждання, горе.....	320	4.2.4. Пароксизмальні тахікардії.....	379
3.9.1. Загальні психологічні та психотерапевтичні аспекти надання ПХД	320	4.3. Невідкладні стани в пульмонології.....	388
3.9.2. Втрата, страждання, горе	320	4.3.1. Бронхіальна астма	388
3.9.3. Тривога та депресія.....	323	4.3.2. Пневмоторакс.....	393
3.10. Духовні/релігійні аспекти паліативної допомоги.....	324	4.3.3. Тромбоемболія легеневої артерії	395
3.11. Реабілітація в сучасній системі охорони здоров'я: медичні та медико-соціальні аспекти. Що потрібно знати сімейному лікарю?	325	4.4. Гострий абдомінальний больовий синдром	405
Розділ 4. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ У СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ.....	347	4.5. Напад подагри	415
4.1. Діагностика й невідкладна допомога при синкопальних станах. Загальні аспекти проблеми синкопальних станів	347	4.6. Ниркова колька	416
		4.7. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології	417
		4.7.1. Гіпертонічні розлади у вагітних.....	417
		4.7.2. Акушерські кровотечі	420
		4.8. Гострі отруєння.....	428
		ЛІТЕРАТУРА.....	437

ПЕРЕДМОВА

Шановні колеги, викладачі й студенти, лікарі-інтерни та фахівці первинної медичної практики!

У грізний час повномасштабної війни нашої держави проти країни-агресора — російської федерації колектив авторів презентує результат багаторічної роботи досвідчених фахівців науки і клінічної практики у галузі надання первинної медичної допомоги (ПМД) із багатьох вищих медичних закладів України — підручник, у якому ґрунтовно представлено оригінальну програму викладання дисципліни «Загальна практика — сімейна медицина» (ЗП—СМ) на до- і післядипломному рівнях вищої медичної освіти. Цю знакову для авторів працю колектив присвячує майбутній перемозі України у боротьбі з російським ворогом за незалежність, суверенітет і європейський демократичний вибір Батьківщини. Переконані, що книга слугуватиме оптимізації системи охорони здоров'я у галузі первинної медичної допомоги, підготовці якісних високопрофесійних фахівців для неї, що будуть працювати на благо всіх громадян в оновленій Україні.

У підручнику подано актуальну, найнеобхіднішу інформацію для підготовки студентів, інтернів і лікарів до занять із питань організаційних засад роботи лікарів ПМД, діагностики та лікування, реабілітаційних можливостей у веденні пацієнтів з найпоширенішими нозологіями в амбулаторних умовах. Представлено також матеріали щодо лікарсько-трудової експертизи, надання невідкладної медичної допомоги, первинної та вторинної профілактики найбільш важливих захворювань у сімейній практиці.

Крім того, у підручнику відображено мультидисциплінарний контент фаху «ЗП—СМ» — системно викладено основи поліклінічної справи, що включає амбулаторно-поліклінічну терапію, хірургію, педіатрію, акушерство-гінекологію та інші вузькопрофільні дисципліни в межах спеціальності.

Сподіваємося, це видання насамперед сприятиме формуванню мотиваційної компетенції у студентів медичних факультетів, де проходить викладання за фахом «ЗП—СМ», що є важливою складовою компетентності майбутнього лікаря незалежно від того, в якій сфері системи охорони здоров'я відбуватиметься його професійна діяльність. Розуміння того факту, що головною фігурою у медичній галузі будь-якої країни є лікар ПМД, має бути в кожного майбутнього медика. Адже лікар ПМД відіграє ключову роль у визначенні маршруту медичної допомоги кожного пацієнта практично у будь-якій ситуації, він є особою, відповідаль-

ною за стан здоров'я громадянина України, який підписав із цим лікарем декларацію щодо надання медичної допомоги.

Важливо також наголосити, що запропонований підручник створено, щоб допомогти майбутнім лікарям побороти упередження щодо вибору фаху «ЗП—СМ» через такі аргументи, як складність цієї спеціальності та велика відповідальність, страх бути розподіленими у сільську амбулаторію, низький рівень престижності фаху в суспільстві. Контентом цього підручника автори намагались донести основні переваги вибору спеціальності «ЗП—СМ»: можливість після закінчення медичного закладу вищої освіти отримувати офіційну гідну заробітну плату, вищий рівень задоволеності від роботи, забезпечення робочого місця (часто із підтримкою територіальної громади щодо надання житла, транспорту, пального, матеріально-технічних засобів тощо), автономність, можливість самостійно організовувати роботу, здорова конкурентність і професійна колегіальна підтримка (практично немає конфлікту інтересів із колегами), зручний графік роботи (немає нічних змін, менше екстрених та невідкладних станів, невеликі перспективи працювати у вихідні і святкові дні та ін.), нижча стресовість і вищий рівень прогнозованості робочого навантаження, можливість оформлення ліцензії на ФОП лікарю без стажу, тобто в молодому віці, що дає змогу стати успішним в аспекті як з медичної, так і матеріальної складової професії, ймовірність розширювати контент діагностичних і лікувально-профілактичних послуг, які може надавати лікар загальної практики — сімейний лікар під час роботи як у приватних, так і державно-комунальних закладах охорони здоров'я.

Автори сподіваються, що запропоновані ними алгоритми ведення пацієнтів згідно із сучасними вітчизняними та міжнародними рекомендаціями будуть цінними для практичної медицини.

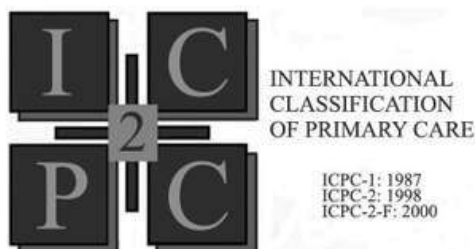
Матеріали, викладені у книзі, можуть бути корисними для широкого кола фахівців-практиків у галузі медицини — студентів старших курсів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів за фахом, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, дільничних терапевтів і педіатрів, лікарів-спеціалістів, які дотичні до співпраці з ПМД, а також для викладачів і науковців у цих галузях.

*З повагою та найкращими побажаннями
професор Лілія Бабінець і колектив авторів*

1.4. МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПМД ІСРС-2 – ВАЖЛИВИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ ПМД УКРАЇНИ

Реформа системи охорони здоров'я України, яка впроваджується сьогодні, передбачає серед ключових зміни на первинній ланці надання медичної допомоги. Один з елементів цих змін — впровадження в практичну діяльність сімейних лікарів Міжнародної класифікації ПМД ІСРС-2, яка має стати інструментом оптимізації їхньої роботи у бік зменшення забюрократизованості, посилення уваги до вирішення реальної проблеми, з якою звертається пацієнт.

Міжнародна класифікація ПМД (International Classification for Primary Care (ICPC) див. форзац) — це найпоширеніша класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу (мал. 1.2). ВООЗ офіційно включила ІСРС до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC). Класифікація була розроблена Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA). WONCA наразі об'єднує 118 організацій у 131 країні. До неї входять 500 тис. сімейних лікарів з усього світу.



Мал. 1.2. Етапи формування міжнародної класифікації ПМД

Перше видання ІСРС було здійснено WONCA у 1987 р. В її основу був покладений новий принцип — розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), а й причина звернення пацієнта по медичну допомогу. Отже, у класифікації для ПМД стало доступним кодування як діагнозу, так і причини звернення пацієнта. Класифікаційний комітет WONCA (WICC) проводить постійну роботу над удосконаленням запропонованої класифікації. Наразі використовується її друге видання (ІСРС-2) з оновленнями 2016 р.

Ця класифікація відображає характерний розподіл і зміст аспектів ЗП—СМ. Успішне повне або часткове впровадження системи Міжнародної класифікації ПМД відбулося у 40 країнах світу. На сьогодні близько 250 тис. сімейних лікарів використовують у своїй практиці ІСРС-2.

На початку 2017 р. МОЗ України підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ІСРС-2 у загальній практиці. Відтепер і українські сімейні лікарі офіційно долучаються до глобальної спільноти медиків, які щоденно у своїй роботі використовують цю просту та зручну класифікацію первинної медичної допомоги. МОЗ України спільно з World Health Organization Ukraine та Швейцарською агенцією розвитку й співробітництва проводять підготовку тренерів щодо впровадження Міжнародної класифікації ІСРС-2 для якнайшвидшої імплементації її в практику ПМД.

WONCA декларує, що лікар ЗП—СМ забезпечує первинне, безперервне та комплексне медичне обслуговування окремим особам і сім'ям, надає комплексні доступні медичні послуги, несе відповідальність за вирішення переважної більшості особистих потреб щодо медичної допомоги, розвиток стійкого партнерства з пацієнтами й практику в контексті сім'ї та суспільства. Клінічна компетенція лікаря ЗП—СМ здебільшого залежить від здатності оцінити ймовірність того, що пацієнт зі скаргою А має хворобу Б. Ця ймовірність «мати хворобу Б» залежить не лише від скарги А, а й від її контексту. ІСРС-2 пропонує принципово нову філософію щодо кодування роботи первинної ланки — медичні записи ведуться не за кодами захворювань, а за причинами звернень, діагнозами та діями медичного персоналу.

ІСРС-2 становить собою систему для шифрування причин кожного звернення пацієнта до лікаря. Це єдина система, завдяки якій можна класифікувати як захворювання, так і симптоми. Це базова одиниця обліку роботи сімейного лікаря, яку поділяють на 3 частини:

1. Причина звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації або оцінювання результатів аналізів).
2. Діагноз (як бачить проблему сімейний лікар).
3. Дії (що потрібно зробити в конкретній ситуації — лікування, направлення на додаткові дослідження або направлення на вторинну ланку).

За допомогою ІСРС-2 можна кодувати скарги, симптоми і синдроми, коли неможливо встановити

точний діагноз. Також ця система створена безпосередньо для оброблення медичних записів в електронному вигляді для ведення медичної статистики. Відрізняються й вимоги до класифікації та кодування для ведення медичних карток та статистики, що описано нижче.

Одне або більше звернень пацієнта становлять епізод медичної допомоги. Клінічні результати, які виявив лікар у вигляді симптомів і скарг, кодуються як причини звернення. За причиною звернення у процесі тривалості одного епізоду залежно від рівня клінічної компетенції лікаря, а також результатами додаткових методів дослідження можна встановити діагноз, що буде класифікуватися і за МКХ-10. Втручання або процедури медичної допомоги реєструються як такі, що відбуваються під час звернення, або такі, що будуть виконані згодом. Причини звернення, діагнози і процес медичної допомоги/втручання становлять основу епізоду медичної допомоги. Епізод складається з одного або кількох звернень, зокрема їх змін з плином часу («переходи»).

Запровадження ІСРС в Україні разом зі зміною принципів фінансування та використання міжнародних клінічних протоколів, закладає нові підвалини первинної допомоги в Україні. Оновлена первинна ланка зможе вирішувати більшість проблем пацієнтів, адже згідно з даними ВООЗ близько 80 % звернень пацієнтів можна вирішити саме на прийомі у сімейного лікаря.

На первинній ланці надаватимуться комплексні та інтегровані послуги у сфері охорони здоров'я, збереження здоров'я, запобігання розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя. Нова класифікація ІСРС-2 дає змогу у зручному форматі кодувати роботу за цими напрямками, а також покращує інформативність щодо схильності пацієнта до захворювань, полегшує проведення профілактичної роботи, скорочує тривалість роботи з первинною документацією і збільшує статистичну значущість звітності та скорочує час її оформлення.

Принципово неправильним є протиставляти ІСРС-2 наявній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), яка є ґрунтовною і загальноприйнятною для ведення хворого на всіх ланках надання медичної допомоги (не тільки первинній, а й вторинній і третинній), а також для статистичного обліку захворюваності населення як в Україні, так і у світі. МКХ-10 — діагностична номенклатура, яку первинно розробляли для класифікації причин смерті, а потім вона набула більш глобального значення, оскільки є ефективною та об'єктивно ґрунтовною. Тому кожен грамотний лікар, і передусім лікар, який працює на первинному рівні надання допомоги, повинен бути орієнтованим на якомога швидше та грамотне встановлення діагнозу хворого. Адже всі ми розуміємо, що від того, наскільки правильним і швидко встановленим є первинний діагноз, настільки ефективним стає ведення хворого. Це часто визначає стан здоров'я пацієнта.

Класифікація ІСРС-2 дає змогу кодування в умовах, коли неможливо одразу встановити точний діагноз на первинній ланці. Основними цілями є швидко й ефективно надати допомогу хворому, почати вирішувати проблеми пацієнта, а також не втратити реально виконане навантаження лікаря. Система ІСРС-2 передбачає електронне ведення медичних записів, що економить час, вивільняючи його для реальної роботи. Для проведення ефективного тренінгу МОЗ України розробило навчальну симуляційну онлайн-програму, яка допомагає на практиці використовувати нову систему класифікації, демонструє переваги запропонованого підходу, а також дає змогу переконатися в можливості його застосування в Україні. ІСРС-2 передбачає зменшення паперового навантаження на лікарів первинної ланки охорони здоров'я.

Електронне ведення медичних записів та можливість кодувати причину кожного окремого звернення пацієнта до лікаря — це значний крок уперед на шляху побудови пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я. ІСРС-2 для українських лікарів є новою системою, яка дозволяє концентруватися на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність оброблення кодів для формування статистики.

МОЗ України запроваджено навчальний онлайн-тренажер для лікарів з метою поширення навчальних матеріалів та їх інтеграції в медичну освіту на до- та післядипломному рівнях, проведення регіональних тренінгів для лікарів-практиків.

Зручність у використанні, постійне вдосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності ПМД зробили ІСРС-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб. ВООЗ офіційно включила ІСРС до своєї групи міжнародних класифікацій (WHO-FIC).

У 2017 р. МОЗ України підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ІСРС-2 у загальній практиці. Українська мова стала 20-ю офіційною мовою, на яку була перекладена ІСРС-2.

Нова класифікація не лише спрощує роботу, а й дає можливість більше уваги приділяти пацієнтам.

Нижченаведену інформацію розділу подано за матеріалами до тренінгу «Міжнародна класифікація ІСРС-2» (24-25.05.2017 р., м. Київ), розміщеного на сайті МОЗ України (TrainingEnglish2_UKR_24052017.pdf.).

Основні принципи ІСРС-2. Головний принцип системи — розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), а й причина звернення пацієнта по медичну допомогу. Тому в ІСРС-2 можна кодувати причину звернення пацієнта.

Класифікацію розробили лікарі ПМД, тому вона максимально відображає зміст їхньої роботи. Усі коди ІСРС-2 вміщуються на 2 сторінках аркуша формату А4.

ІСРС-2 має близько 1300 кодів, які описують найчастіші (більше ніж 1 випадок на 1000 пацієнтів на рік)

проблеми. Рівень деталізації цих проблем відповідає ПМД. Крім того, можна налаштувати ІСРС-2 згідно з місцевими епідеміологічними потребами. Для порівняння: наявна сьогодні МКХ-10 містить від 14 000 до 140 000 кодів зі складною системою кодування, більшість з яких не використовується в ПМД. Застосовувати МКХ-10 з відповідною деталізацією можна в умовах стаціонарних відділень лікарень, де використовується лише обмежена кількість кодів МКХ згідно зі спеціалізацією конкретного відділення.

Базовим поняттям в ІСРС-2 є епізод медичної допомоги – взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника до останнього візиту (включно) з цією самою проблемою. Це дає змогу ефективно групувати медичну інформацію, коли дані різних окремих візитів «нализуються» на один епізод медичної допомоги. Наприклад, пацієнт з хронічними захворюваннями часто звертається до закладів ПМД і нерідко під час одного візиту вказує кілька різних проблем. ІСРС-2 допомагає лікарю структурувати медичні записи про пацієнта в розрізі його окремих хронічних захворювань. Це в результаті покращить якість медичної допомоги і дасть змогу оптимально розпланувати ресурси ПМД відповідно до потреб пацієнтів.

Кодування візитів в ІСРС-2. Як уже зазначалося, для кожного візиту пацієнта ІСРС-2 дозволяє кодувати три складники: 1) причину звернення пацієнта до лікаря; 2) діагноз; 3) дії лікаря. За неможливості встановити

точний діагноз за допомогою ІСРС-2 кодують скарги, симптоми та синдроми. Також цю класифікацію використовують для оброблення медичних записів в електронному вигляді, що робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики. Навіть у разі паперового документування ІСРС-2 дає змогу спростити ведення медичних записів. Завдяки зручності у використанні ця система є незамінним інструментом для збирання та аналізу даних для різних потреб у лікарській практиці.

МОЗ розробило нормативно-правову базу для використання ІСРС-2 в системі охорони здоров'я України – затверджено наказ «Про деякі питання застосування Україномовного варіанта міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)». Розроблено онлайн-тренажер для навчання лікарів, які мають змогу здобути практичні навички її використання на прикладах з реальної клінічної практики. Учасники тренінгів будуть передавати отримані знання, поширюватимуть серед сімейних лікарів інформацію про міжнародну класифікацію ІСРС-2, її основні принципи та переваги використання на первинній ланці.

Структура ІСРС-2

ІСРС-2 складається із 17 розділів-літер (А–Z) згідно із локалізацією процесів і 7 цифрових компонентів (табл. 1.2).

Таблиця 1.2. Структура ІСРС-2: 17 розділів-літер та 7 цифрових компонентів

Розділи-літери→ ↓ цифри-компоненти (коди)	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
1 – (01–29)																	
2 – (30–49)																	
3 – (50–59)																	
4 – (60–61)																	
5 – (62)																	
6 – (63–69)																	
7 – (70–99)																	
Інфекційні захворювання																	
Новоутворення																	
Травми																	
Вроджені вади																	
Інші діагнози																	

ІСРС-2 має таку структуру: 17 розділів-літер (А–Z) згідно з анатомічною локалізацією процесів і 7 цифрових компонентів ІСРС-2, що дозволяє класифікувати основні елементи ЗП–СМ, але в системі є деякі обмеження.

Рубрики в компонентах від 2 до 6, що охоплюють процес надання медичної допомоги, є надто широкими

та неконкретними. Залишкові рубрики розміщені наприкінці компонентів; їх опис включає «інше». Це –29, –49, –59, –69, –99. Це визначення, які не мають окремої рубрики або нечітко сформульовані.

Міжнародна класифікація ІСРС-2 містить такі розділи:

A: Загальні та неспецифічні
B: Кров, кровотвірні органи та імунні механізми (Blood)
D: Травна система (Digestive)
F: Око (Focal)
H: Вухо (Hearing)
K: Серцево-судинна система
L: Опорно-рухова система (Locomotion)
N: Нервова система (Neurological)
P: Психологічні розлади (Psychological)
R: Дихальна система (Respiratory)
S: Шкірна система (Skin)
T: Ендокринні/метаболічні розлади та порушення харчування (Thyroid)
U: Урологічні (Urological)
W: Вагітність, пологи, планування сім'ї (Women)
X: Жіночі статеві органи (X-хромосома)
Y: Чоловічі статеві органи (Y-хромосома)
Z: Соціальні проблеми

7 компонентів (стандартні для кожного розділу):

1. Скарги і симптоми (1—29)
2. Діагностика, скринінг, профілактика (30—49)
3. Лікування та маніпуляції (50—59)
4. Оцінювання результатів дослідження (60—61)
5. Адміністрування (62)
6. Направлення (63—69)
7. Діагноз (70—99): інфекційні захворювання, новоутворення, травми, вроджені аномалії, інше. Розділ Z (соціальні проблеми) не має 7-го компонента

Практичне використання даних ІСРС-2. Класифікація ІСРС-2 використовується як для організації та зберігання медичних даних пацієнтів, так і для потреб статистики. Вимоги до класифікації та кодування для цих двох цілей різні. Для медичних карток потрібно якомога більше конкретних деталей, а для статистики використовують уже згруповані дані залежно від їх частоти або значення для формування політики. Зрозуміло, що жодна класифікація не може задовольнити всіх користувачів. Коди МКХ-10 варто використовувати як додаткові коди для запису історії пацієнта, коли ІСРС-2 не може додати конкретики.

Визначення ЗП—СМ. За визначенням WONCA, поняття ЗП—СМ стосується лікаря, який надає особисте, первинне, безперервне та комплексне медичне обслуговування окремим особам і сім'ям. Інститут медицини визначає ЗП—СМ як надання комплексних доступних медичних послуг лікарями, що несуть відповідальність за

вирішення переважної більшості особистих потреб щодо медичної допомоги, розвиток стійкого партнерства з пацієнтами й практику в контексті сім'ї та суспільства.

Епізод медичної допомоги. Одне або більше звернень пацієнта становлять епізод медичної допомоги. Епізод визначають як проблему зі здоров'ям від першого звернення по медичну допомогу до останнього. Кожне окреме звернення може включати оцінювання більше ніж 1 епізод (кілька проблем).

Приклад епізоду медичної допомоги 1 «Загальна слабкість/втома»:

1-е звернення	«Я почуваюся втомленим». Діагноз: загальна слабкість/втома. Дії: аналіз крові на Hb
2-е звернення	«Я почуваюся втомленим». Результат: нормальний Hb. Діагноз: загальна слабкість/втома

Після другого візиту пацієнт із симптомами втоми більше не звертався до лікаря.

Назва епізоду: загальна слабкість/втома.

Приклад епізоду медичної допомоги 2 «Загальна слабкість/втома»:

1-е звернення	«Я почуваюся втомленим». Діагноз: загальна слабкість/втома. Дії: аналіз крові на Hb
2-е звернення	«Я почуваюся втомленим»; Результат: анемія. Дія: колоноскопія
3-є звернення	«Результат тесту?». Результат: рак товстої кишки

Епізод медичної допомоги = рак товстої кишки.

Клінічні результати, виявлені лікарем у вигляді симптомів і скарг, кодують додатково до тих, які представлені як причини звернення.

Втручання або процедури медичної допомоги реєструються як такі, що відбуваються під час звернення, або такі, що будуть згодом виконані.

Причина звернення — зрозуміле й узгоджене між пацієнтом і медичним працівником твердження, яке визнається пацієнтом як прийнятний опис причини його звернення по медичну допомогу. Причинами звернення можуть бути симптоми або скарги (головний біль або страх раку), хвороби (грип чи цукровий діабет), прохання надати профілактичні або діагностичні послуги (вимірювання артеріального тиску або проведення електрокардіографії (ЕКГ)), запит на лікування (повторити рецепт), отримання результатів аналізів або адміністрування (довідка).

Причини звернення, проблеми зі здоров'ям/діагнози та процес медичної допомоги/втручань становлять основу епізоду медичної допомоги.

Оскільки епізод медичної допомоги складається з одного або кількох звернень, зокрема змін в їх взаємо-

зв'язках з плином часу («переходах»), то він стосується всієї медичної допомоги, що надається з приводу порушення здоров'я або хвороби конкретного пацієнта.

Аналіз причин звернення в епізоді дає змогу визначити ймовірні проблеми зі здоров'ям на початку або під час спостереження.

Таким чином, топ 10 проблем, пов'язаних з кашлем на початку епізоду, демонструють важливі відмінності між дітьми віком 5–14 років і чоловіками віком 65–74 років (табл. 1.3).

Таблиця 1.3. Топ 10 епізодів, які починаються з кашлю R05

Кашель у дітей (n = 1267)	Кількість	%
R74 Гостре респіраторне захворювання	456	35,6
R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт	261	20,4
R05 Кашель	159	12,4
R77 Гострий ларингіт/трахеїт	110	8,6
A77 Інші вірусні захворювання	54	4,2
R96 Бронхіальна астма	40	3,1
R81 Пневмонія	33	2,6
R75 Синусит гострий/хронічний	30	2,3
R80 Грип без пневмонії	24	1,9
R71 Кашлюк	22	1,7
Всього	1189	92,8

Чоловіки віком 65–74 роки (n = 646)	Кількість	%
R78 Гострий бронхіт/бронхіоліт	256	39,1
R74 Гостре респіраторне захворювання	155	23,7
R05 Кашель	65	9,9
R77 Гострий ларингіт/трахеїт	45	6,9
R75 Синусит гострий/хронічний	22	3,4
K77 Серцева недостатність	15	2,3
R96 Бронхіальна астма	13	2,0
R91 Хронічний бронхіт/бронхіоліт	12	1,8
R81 Пневмонія	10	1,5
R95 Емфізема/хронічне обструктивне захворювання легень	9	1,4
Всього	602	92,0

Зворотний процес рівною мірою є актуальним з клінічної точки зору: які причини звернення були представлені на початку спостереження проблеми в кожній віковій статевій групі? Це дає змогу докладно документувати клінічні відмінності.

Використання ІСРС-2 під час записів причин звернення

Лікар повинен визначити та уточнити причини звернення, як зазначено пацієнтом, без внесення будь-яких суджень про правильність і точність причини. Використовуйте три принципи: 1) причина звернення має бути зрозуміла та узгоджена між пацієнтом і лікарем; 2) рубрику ІСРС-2 потрібно обирати якомога ближчу до сформульованої пацієнтом причини, перефразування якої має бути мінімальним або взагалі залишитися без змін; 3) спосіб, в який пацієнт висловлює причину звернення, визначає, який розділ та який компонент використовувати.

Причиною звернення може бути: симптом/скарга (головний біль, втомлюваність, відчуття депресії, страх раку): 1-й компонент кожного розділу; хвороба (цукровий діабет, епідемічний паротит): 7-й компонент кожного розділу (за винятком розділу Z); запит на втручання (артеріальний тиск, рецепт, результати аналізів, адміністративна процедура): 2–6-й компонент кожного розділу.

Для кодування причини звернення необхідно спочатку вибрати відповідну систему органів або розділ, призначити правильний літерний код, а потім двозначний цифровий код у відповідному компоненті. Розділ A використовується для причин звернення, що стосуються невизначених або кількох систем.

Коли ІСРС-2 використовується для запису причини звернення, потрібно застосовувати чотири правила до використання розділів і три правила до використання компонентів.

Правило 1: причина звернення має бути закодована якомога конкретніше.

Приклад. Біль у грудях може бути закодований як A11 (біль у грудях, якщо не вказано інше) або як K01 (біль стосується серця), або як R01 (біль у дихальних шляхах), або як L04 (симптоми/скарги щодо грудної клітки). Причину звернення кодують на основі скарги пацієнта. Наприклад:

«Воно скрізь у моїх грудях...» A11;
 «Мої груди болять, коли я кашляю» R01;
 «У мене біль у грудях... Я думаю, що це моє серце» K01;
 «У мене є біль у грудях після падіння вниз по сходах» L04.

Правило 2: при кодуванні використовувати висловлювання і термінологію пацієнта.

Приклад. Жовтяницю у вигляді діагностичного описового терміна можна знайти в розділі D (травна система), але пацієнт може представити цей симптом у вигляді жовтого кольору шкіри (розділ S). Якщо пацієнт висловлює проблему як «жовтяниця», то код — D13. Якщо пацієнт стверджує: «Моя шкіра стала жовтою», правильний код буде S08 незалежно від того, що лікарю зрозуміло, що діагнозом є одна з форм гепатиту.

Правило 3: коли пацієнт не спроможний описати свою скаргу, причина звернення, надана особою, яка

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ