



**З 1 квітня в адміністрування Національної служби здоров'я переходить урядова програма реімбурсації «Доступні ліки».**

Реалізація програми, яка вже довела необхідність і велике соціальне значення, відбуватиметься швидше і зручніше для аптек, лікарів і пацієнтів. Так, як гроші пішли за пацієнтом у медичний заклад, вони підуть за ним в аптеку. Сімейний лікар, педіатр і терапевт виписують у системі електронний рецепт. На телефонний номер пацієнта надійде повідомлення з кодом. І за цим кодом ліки можна буде отримати в будь-якій аптеці України, яка укладе договір з НСЗУ, незалежно від місця проживання пацієнта. Гроші в аптеку надійдуть напряму за договором з НСЗУ.

**Про наступні етапи трансформації системи охорони здоров'я.**

*«Ми переконані, що «Доступні ліки» стануть ще доступнішими. А це надзвичайно важливо для людей, які живуть із серйозними хронічними захворюваннями, — гіпертонією, цукровим діабетом 2-го типу чи бронхіальною астмою». - Голова Національної служби здоров'я України Олег ПЕТРЕНКО.*

**Таймлайн реімбурсації у рамках програми «Доступні ліки»**



## РЕЄСТРАЦІЯ АПТЕК В EHEALTH

14.11.2018 – Доступний API для функціоналу реєстрації аптек

01.02.2019 – Аптеки починають реєструватися в eHealth



## УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ

14.12.2018 – Доступний API для функціоналу укладення договорів

15.02.2019 – Аптеки починають подавати заяви про укладення договорів до НСЗУ

22.03.2019 – Завершення прийому заяв для договорів, що почнуть діяти з 01.04.2019



## ЕЛЕКТРОННІ РЕЦЕПТИ

18.01.2019 – Доступний API для функціоналу виписування / відпуску рецептів

18.03.2019 – Лікарі можуть виписувати електронні рецепти

01.04.2019 – Аптеки можуть відпускати ЛЗ за електронними рецептами

**Як буде працювати урядова програма реімбурсації «Доступні ліки» після її переходу в адміністрування НСЗУ з 1 квітня 2019 року?**

- Лікарські засоби, що включені до програми реімбурсації «Доступні ліки», у 2019 відшкодуватимуться аптечним закладам за договорами про реімбурсацію, укладеними з НСЗУ.

- Програма реімбурсації буде здійснюватись виключно на основі **функціоналу електронної системи охорони здоров'я (eHealth)**. Це передбачає реєстрацію аптечних закладів та укладання договорів з НСЗУ в системі, а також використання електронних рецептів. Процес формування Реєстру лікарських засобів, які підлягають реімбурсації, також буде переведено в електронну форму.

- Обсяг програми та інші правила не змінюються: **23 міжнародні непатентовані назви лікарських засобів, що використовуються для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та астми.** На сьогодні це **258** торговельних назв лікарських засобів, з яких **64** є безоплатними для пацієнта, а інші – з невеликою доплатою.

- Подати заяву про укладення договору про реімбурсацію із НСЗУ аптечний заклад може протягом року. **Початок дії договору – з 1 числа наступного місяця, якщо заява подана до 20 числа поточного місяця.** Прийом заяв розпочинається з моменту розміщення оголошення на сайті НСЗУ.

<https://ukurier.gov.ua/uk/articles/golova-nacionalnovi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini-oleg/>

## 1 липня розпочнеться пілотний проект «Безкоштовна діагностика».

Це ще один крок у трансформації системи охорони здоров'я. Деякі медичні послуги — лабораторні дослідження, інструментальні обстеження та невеликі операції — пацієнт зможе отримати безплатно, але тільки за електронним направленням лікаря первинної ланки, якого він обрав. **Взяти участь у пілотній програмі зможуть і державні, і приватні заклади.** Це відкриє нові можливості й для закладів — вони зможуть отримати додатковий дохід, і для лікарів — вони матимуть ще інструменти для ефективного ведення й лікування пацієнтів, і для самих пацієнтів, які отримають змогу безоплатних обстежень. Конкуренція підвищуватиме сервіс та знижуватиме ціни.



## Умовний графік підготовки до імплантації

### 1. Порядок реалізації проекту (Постанова КМУ)

### 3. Укладення договорів з НСЗУ

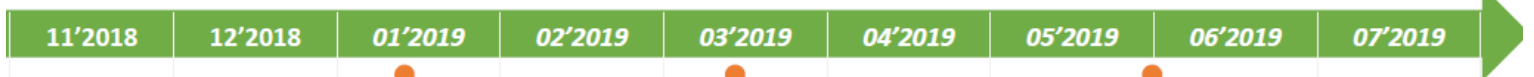
громадське обговорення

затвердження КМУ

15.04 – 15.05.2019 р.

збір заявок

**START**



узгодження з ЦОВВ

до травня 2019  
підготовка надавачів медпослуг  
до укладання договорів з НСЗУ

15.05-15.06.2019 р.  
укладення договорів

### 2. Надання підтримки надавачам, що мають намір укласти договір з НСЗУ

## Умови контрактування з НСЗУ

- ✓ Для комунальних ЗОЗ: реєстрація в організаційно – правовій формі **комунального підприємства (КНП)**
- ✓ **Ліцензія та статус** мають забезпечувати право надання відповідних видів вторинної (спеціалізованої) допомоги
- ✓ Наявність **комп'ютеризованих робочих місць** всіх лікарів – спеціалістів (кабінетів) з підключенням до електронної системи охорони здоров'я (через **електронну медичну інформаційну систему**)
- ✓ Одночасне укладання договорів більше, ніж з **половиною усіх закладів охорони здоров'я**, що перебувають у власності відповідної територіальної громади або є об'єктами спільної власності територіальних громад та перебувають в управлінні однієї районної або міської ради
- ✓ НСЗУ укладає договори з приватними закладами охорони здоров'я, а також з фізичними особами – підприємцями за **умови укладання договорів з комунальними ЗОЗ на відповідній території, де розташовані місця надання медичних послуг відповідного приватного закладу охорони здоров'я або фізичної особи – підприємця.**





## Як і коли запрацює електронний рецепт у програмі «Доступні ліки»?

Урядова програма «Доступні ліки» з квітня переходить в адміністрування Національної служби здоров'я України. Кабінет Міністрів України ухвалив відповідні рішення на засіданні 27 лютого 2019 року.

Уже в березні Національна служба здоров'я розпочала підписувати договори з аптеками всієї країни, а з квітня 2019 року запрацює електронний рецепт і НСЗУ почне виплату аптекам за програмою. **Це регламентовано постановами Кабінету Міністрів від 27 лютого 2019 року «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів», «Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію», «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань»**

### Які зміни чекають на пацієнтів?

Перехід програми «Доступні ліки» до НСЗУ дозволить пацієнтам отримувати ліки за рецептом у будь-якій аптеці в Україні, яка має договір з НСЗУ, без прив'язки до місцевості, де цей рецепт був виданий. Відтак, програма стане ще доступнішою для пацієнтів.

Наприклад, якщо ви обрали сімейного лікаря, терапевта або педіатра не поряд з домом, а у сусідньому селі чи місті, тепер отримати ліки за рецептом ви можете в зручній для вас аптеці. Не обов'язково отримувати ліки в аптеці, що знаходиться поряд з вашим лікарем.



Ще одне нововведення — з квітня ліки за урядовою програмою реімбурсації «Доступні ліки» можна буде отримати тільки за електронним рецептом, виписаним сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами через електронну систему охорони здоров'я. До цього часу в аптеках-учасниках програми буде встановлене спеціальне програмне забезпечення, яке дозволить відпускати ліки за електронним рецептом до тих пір, поки апткі не підпишуть договір з НСЗУ.

### Дев'ять кроків на шляху до ліків за електронним рецептом.

**Крок 1.** Пацієнт записується та приходить на прийом до сімейного лікаря, терапевта або педіатра, з яким у нього підписана декларація.

**Важливо!** Пацієнт має звернутися саме до свого лікаря. Якщо ви ще не підписали декларацію, це варто зробити. Без декларації скористатися програмою «Доступні ліки» буде неможливо.

**Крок 2.** Лікар проводить прийом і виписує рецепт.

**Крок 3.** Під час виписування електронного рецепту лікар разом з пацієнтом мають перевірити, чи номер мобільного телефону, який зазначений в декларації, є актуальним і належить пацієнту. Лікар повинен назвати вам код мобільного оператора та останні цифри номера.

**Крок 4.** Після перевірки номера телефону лікар виписує рецепт в електронній системі охорони здоров'я.

**Крок 5.** На мобільний телефон пацієнта приходить смс з унікальним номером рецепта та кодом підтвердження для отримання ліків в аптеці. **Зміст СМС: «Ваш рецепт : XXXX-XXXX-XXXX-XXXX. Код підтвердження: XXXX».**



➔ **Крок 6.** За необхідності або на прохання пацієнта лікар може роздрукувати консультаційний висновок, який містить розділ з призначеннями, зокрема призначенням ліків. В цьому розділі зазначається інформація про виписані ліки та номер електронного рецепта.

➔ **Крок 7.** Пацієнт йде у будь-яку зручну для нього аптеку, що бере участь у програмі «Доступні ліки». Називає працівнику аптеки номер рецепта.

➔ **Крок 8.** Працівник пропонує пацієнту лікарські засоби, які є в цій аптеці і входять в перелік відповідно до програми «Доступні ліки».

➔ **Крок 9.** Пацієнт обирає один із лікарських засобів і називає чотиризначний код підтвердження та отримує свої ліки. Якщо необхідного препарату немає, пацієнт може піти в іншу аптеку й отримати ліки там.



Програма «Доступні ліки» розпочалась **1 квітня 2017 року** і триває майже два роки.

За час роботи програми в межах програми **виписано понад 33 млн рецептів на понад 1,7 млрд грн**. В 2019 році кількість рецептів виросла на 6 млн.

Зараз вже **кожна третя** аптека (всього 6000) увійшла в програму.

Програма показує і якісні зміни в показниках здоров'я населення. За перший рік роботи програми «Доступні ліки» кількість пацієнтів з нормалізованим цукром при діабеті 2 типу **збільшилася на 6,5%**. Кількість викликів швидкої допомоги з підозрою на інсульт чи інфаркт **зменшилася на 4,2%**. **Майже на 6%** менше українці викликали швидку через приступи бронхіальної астми.

Всього на 17 000 менше викликів в 2017 році.

## Як отримати "Доступні ліки" за Е-рецептом





## Фінансовий план медичного закладу в умовах реформи: як його розробити?

### Дохідна частина

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» оплата медичних послуг закладів з надання ПМД населенню здійснюється за принципом плати за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки за договорами про медичне обслуговування населення. Таким чином, основним джерелом доходу надавача ПМД будуть виплати за договором із НСЗУ. Обсяги цих виплат залежатимуть від кількості та вікової структури пацієнтів, які подали декларацію про вибір лікаря, що працює в цьому закладі. Так, на первинній ланці реалізується принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

### Фінансування поза межами НСЗУ

Також для обчислення загальної суми доходів надавача ПМД необхідно врахувати доходи з інших джерел, відмінних від НСЗУ (перелік є індивідуальним для кожного конкретного надавача), наприклад:

- надходження на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв (за законодавством ці витрати покриває власник з місцевого бюджету);
- надходження від місцевого бюджету (крім надходжень на покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв);
- надходження в рамках субвенції на розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості;
- надходження від надання послуг ПМД іноземцям;
- надходження від надання послуг ПМД, що не входять до програми медичних гарантій;
- надходження від здачі приміщень/земельних ділянок в оренду;
- благодійна допомога;
- інші надходження



### Роль місцевої влади

Місцева влада має усвідомлювати, що перехід на оплату від НСЗУ не є приводом згорнути власні програми з підтримки охорони здоров'я. Завдання головних лікарів або директорів закладів ПМД — доносити цю інформацію до відповідальних осіб.

За комунальні послуги та енергоносії медичного закладу, зокрема в статусі КНП, має платити місцева влада. Такими є вимоги **Бюджетного кодексу України, зокрема ст. 89**, відповідно до якої до виплат, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, належать видатки на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають ПМД, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають ПМД, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з ПМД населенню.

Отже, ця норма стосується і КНП, бо в ній «заклад охорони здоров'я» є загальним поняттям, яке охоплює в тому числі КНП.

**У ч. 13 ст. 16 Основ законодавства про охорону здоров'я** зазначено, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Отже, незалежно від організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я оплата комунальних послуг та енергоносіїв усе одно покладається на місцевий бюджет.



## Витрати закладу охорони здоров'я

Під час провадження діяльності, пов'язаної з наданням ПМД, кожен надавач ПМД несе витрати, серед яких:

- оплата праці персоналу;
- оплата комунальних послуг;
- витрати на утримання службового транспорту, поточний ремонт приміщень, утримання прилеглої території тощо.

Ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, якими в більшості випадків є кошти, отримані від НСЗУ за договором про медичне обслуговування населення. Забезпечення балансу між доходами та витратами є ключовим для досягнення фінансової стійкості.

### Оплата праці

Однією з найважливіших статей видатків є оплата праці. Для того щоб пацієнти відчували зміни в наданні медичних послуг, а відтак своїми деклараціями про вибір лікаря збільшили дохід закладу, керівник закладу мусить мотивувати лікарів якомога якісніше виконувати свою роботу.

**Найпершим і найбільш очевидним стимулом є заробітна плата.** Оскільки автономізований заклад має більшу самостійність у вирішенні питань оплати праці, керівництво закладу спільно з колективом разом мають визначити систему розрахунку, яка задовольнить усіх з точки зору справедливості та прозорості. Ця система може бути закріплена положенням про оплату праці/преміювання в КНП або бути частиною колективного договору.

Можливі також інші варіанти розрахунку заробітної плати або комбінація з наведених вище — рішення повинно прийматися закладом самостійно.

Вирішувати це питання можна і необхідно на місці з головним лікарем або директором закладу, і роль трудового колективу у прийнятті цього важливого рішення повинна стати головною.



Надавачі ПМД як КНП можуть використовувати різні моделі та підходи до розрахунку заробітної плати та премії персоналові закладу.



Наприклад, можна всім працівникам закладу одноразово підвищити посадовий оклад на фіксовану суму (на певний відсоток) або виплачувати додаткову премію лікарям, яка становитиме визначену частину (відсоток) від надходжень закладу за обслуговування пацієнтів із «зеленого» списку (включає вікові коефіцієнти). Розмір цієї частки визначається за результатами перемовин між керівництвом/власником закладу та трудовим колективом. Розмір премії адміністративного, допоміжного та середнього і молодшого медичного персоналу можна визначати як фіксований відсоток від премії лікаря

Інший варіант: після одноразового підвищення всім працівникам закладу посадового окладу на фіксовану суму або певний відсоток можна формувати фонд преміювання закладу, який може становити певну частину (відсоток) від загальних надходжень від НСЗУ або від суми перевищення надходжень від НСЗУ над обсягом медичної субвенції в минулому. Якщо в закладі утворено команди з надання ПМД, то фонд преміювання може розподілятися між командами залежно від коефіцієнта трудової участі.



На розмір премії/стимулюючих доплат можуть впливати такі фактори:

- робота понаднормово (понад графік роботи закладу);
- якість наданих послуг (задоволеність пацієнтів);
- якість лікування.

**Головне — медичні працівники мають пам'ятати, що відтепер рівень їх доходу визначається не «згори», а безпосередньо в їх медичному закладі, і пов'язаний з кількістю пацієнтів, яких вони ведуть.**



## Придбання обладнання

Серед капітальних видатків слід відзначити придбання обладнання. У Порядку надання ПМД зазначено, що заклад ПМД забезпечує наявність обладнання, устаткування та засобів, необхідних для надання ПМД, що визначені відповідним табелем матеріально-технічного оснащення. Примірний табель матеріально-технічного оснащення затверджено наказом МОЗ України від 26.01.2018 р. № 148.

## До складання плану закупівель слід підходити індивідуально

Наприклад, МОЗ рекомендує серйозно обмірковувати, чи є реальна необхідність у придбанні біохімічних аналізаторів крові й сечі в кожну амбулаторію. Слід врахувати видатки на витратні матеріали, кількість та спектр видів необхідних аналізів, утримання персоналу тощо. Зазвичай якісна організація логістики до центральної лабораторії може бути кращим і дешевшим рішенням. Крім того, як свідчить світовий досвід, центральні лабораторії забезпечують вищу якість досліджень та істотно меншу вірогідність помилок.

Також можна гнучко підійти до забезпечення лікаря автомобілем: можна придбати вживане авто, купити кілька автомобілів спільно з іншим надавачем ПМД або придбати авто в кредит — так ціна за одиницю буде нижчою.

**Електронний інструмент з оцінки відповідності надавача ПМД таблицею матеріально-технічного оснащення надавачів ПМД** допоможе визначити потреби і виділити серед них першочергові, а також дасть можливість сформулювати план відповідних закупівель.

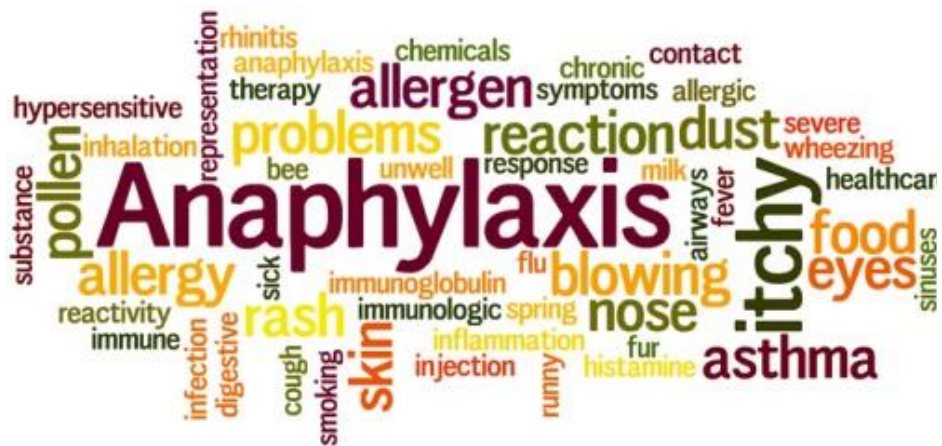
- Інструментом можна скористатися за посиланням. (<http://healthreform.in.ua/suchasne-osnashchennya/> )

Заклад охорони здоров'я — це КНП, тому, на відміну від бюджетної установи, він не складає кошторису. Натомість КНП має узгодити з власником **фінансовий план** — основний плановий документ, який відображає всі доходи та видатки закладу, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання функцій упродовж року відповідно до установчих документів. **Порядок складання, затвердження та контролю за виконанням, а також форму фінансового плану затверджує місцева влада.** Форма та порядок фінансового плану відрізняються у регіонах, і в деяких випадках відповідають вимогам, визначеним наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 02.03.2015 р. № 205.

Фінансовий план підлягає затвердженню **до 1 вересня року**, що передує плановому року. План складається на календарний рік із поквартальним розподілом.

У разі якщо КНП отримує бюджетні кошти (тобто інші кошти, а не надходження від НСЗУ за договором), потрібно мати затверджений план використання бюджетних коштів.





## Довгострокове лікування анафілаксії та навчання пацієнтів із анафілаксією: яким має бути алгоритм дій?

Довгострокове лікування пацієнтів з анафілаксією базується на підтвердженні тригера (тригерів) з використанням даних, отриманих під час тестів у клінічних умовах та/або в лабораторних умовах. Воно також включає профілактику рецидивів, зокрема уникнення алергенів, специфічну імунотерапію алергенами, якщо це можливо, роз'яснювальну роботу для самостійного лікування анафілаксії при її повторенні, лікування відповідних супутніх захворювань.

### Резюме довгострокового лікування пацієнтів з ризиком анафілаксії

**Надання індивідуального плану лікування, написаного простою, немедичною мовою. Цей план повинен включати в себе:**

#### Персональні ідентифікаційні дані:

1. Ім'я та адресу;
2. Контактні дані батьків, опікуна або найближчих родичів;
3. Лікаря-алерголога, лікаря-алерголога дитячого, лікаря загальної практики – сімейного лікаря і місцевих служб швидкої допомоги;
4. Фотографію пацієнта;

- ✓ Чітке визначення джерел алергенів, яких слід уникати;
- ✓ Чітке визначення будь-якого неалергенного тригера або супутніх факторів (таких як фізичні вправи), а також поради щодо їх уникнення;
- ✓ Надзвичайний план дій при анафілаксії.

Копія плану повинна зберігатися у пацієнта, його батьків, опікуна, співробітників школи і лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

**Надання аварійного комплекту з копією надзвичайного плану дій при анафілаксії і лікарськими засобами для самостійного лікування, наприклад:**

- ✓ Аутоін'єктор з епінефрином для лікування анафілаксії (у разі необхідності);
- ✓ Швидкодіючі, неседативні антигістамінні препарати для лікування шкірних алергічних реакцій (за необхідності).

**Імунотерапія отрутами та десенсибілізація при медикаментозній алергії, якщо доцільно.**

**Навчання пацієнтів і медперсоналу повинно включати:**

- Інструктаж про відповідні заходи уникнення алергену, в тому числі консультації з лікарем-дієтологом, за необхідності;
- Інструктаж зі швидкого визначення симптомів анафілаксії;
- Роз'яснювальну роботу з приводу того, коли і як використовувати аутоін'єктор з епінефрином.

**Психологічна підтримка за необхідності.**

Лікар-алерголог, лікар-алерголог дитячий може допомогти визначити продукти, що викликають анафілаксію, і поради, яких продуктів потрібно уникати. Пацієнтів слід ретельно інструктувати щодо прихованих алергенів, перехресних реакцій на інші алергени і ситуацій, які становлять особливу небезпеку (наприклад, харчування поза домом).

### План ведення при анафілаксії

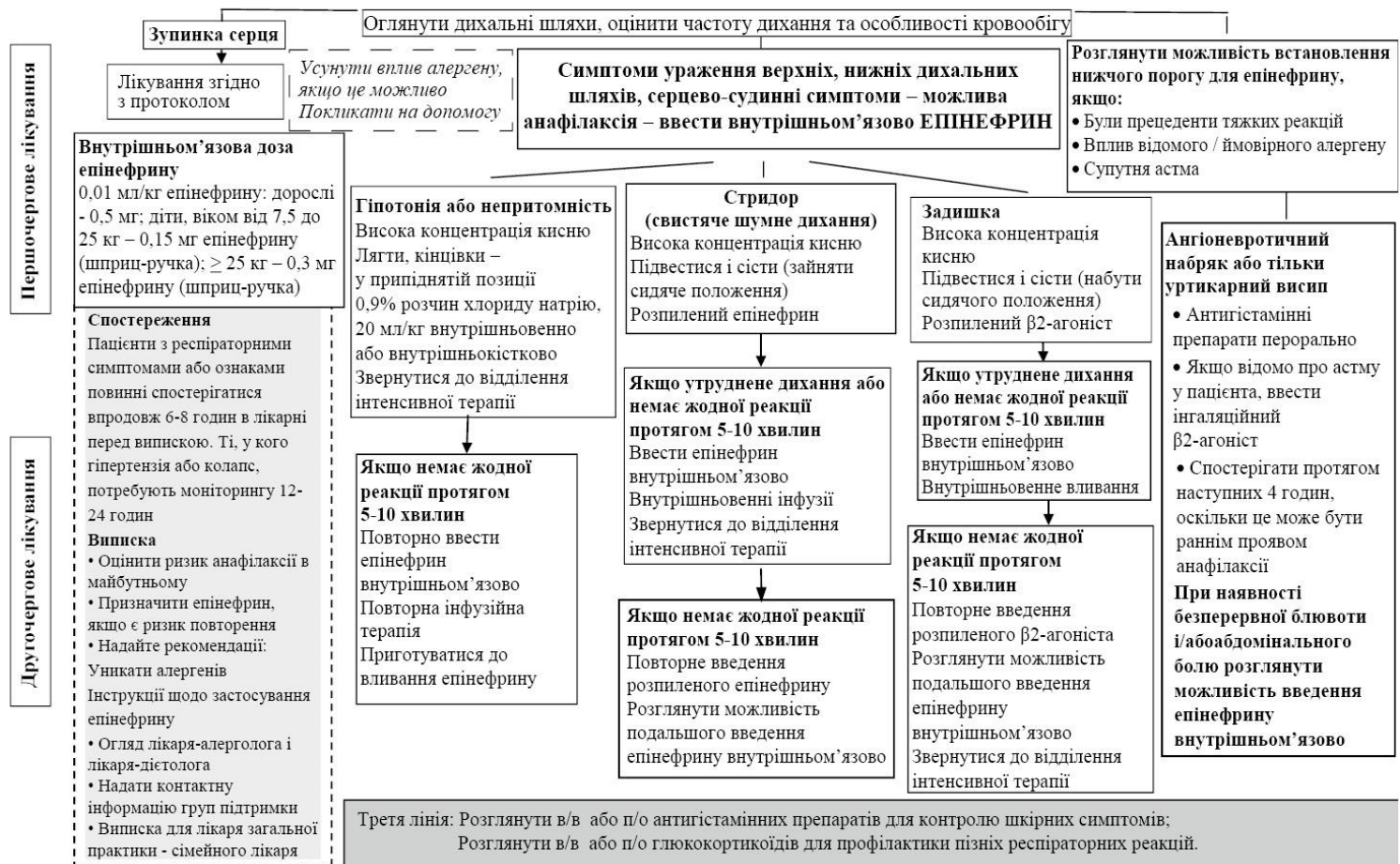
План ведення при анафілаксії повинен охоплювати:

- ✓ рекомендації з приводу уникнення алергену;
- ✓ контактні дані для отримання рекомендацій;
- ✓ план надзвичайних дій при анафілаксії – з усіма можливими симптомами і вказівками; як реагувати на кожен із них.

Дослідження показали, що після створення плану ведення анафілаксії випадкові реакції трапляються значно рідше, принаймні у дітей з алергією на арахіс або лісовий горіх. Плани ведення анафілаксії повинні бути використані з моменту постановки діагнозу, для того щоб сприяти виявленню та лікуванню будь-яких подальших реакцій, і тому вони повинні регулярно оновлюватися.



# Алгоритм початкового лікування анафілаксії



## Навчання пацієнтів

### Кого слід навчати?

Оскільки анафілаксія зазвичай стається в оточенні людей, всі пацієнти під загрозою анафілаксії та люди, що опікуються ними, повинні бути забезпечені освітніми ресурсами, аби мати можливість самостійно надавати допомогу при анафілаксії з моменту встановлення діагнозу. Підлітки вимагають особливої уваги у зв'язку з проблемами, пов'язаними з цим періодом життя.

### Що повинно включати навчання пацієнта?

Навчання має охоплювати:

1. специфічні стратегії уникнення алергену в домашніх умовах, в соціальному середовищі і під час подорожей;
2. розпізнавання симптомів і попереджувачих сигналів;
3. інформацію з приводу того, коли і як вводити ін'єкції епінефрину самостійно;
4. інші заходи, необхідні для лікування реакції (наприклад, виклик допомоги).

**Інструктаж пацієнта повинен акцентувати увагу на необхідності постійно носити з собою аутоін'єктор з епінефрином, якщо такий було призначено.**

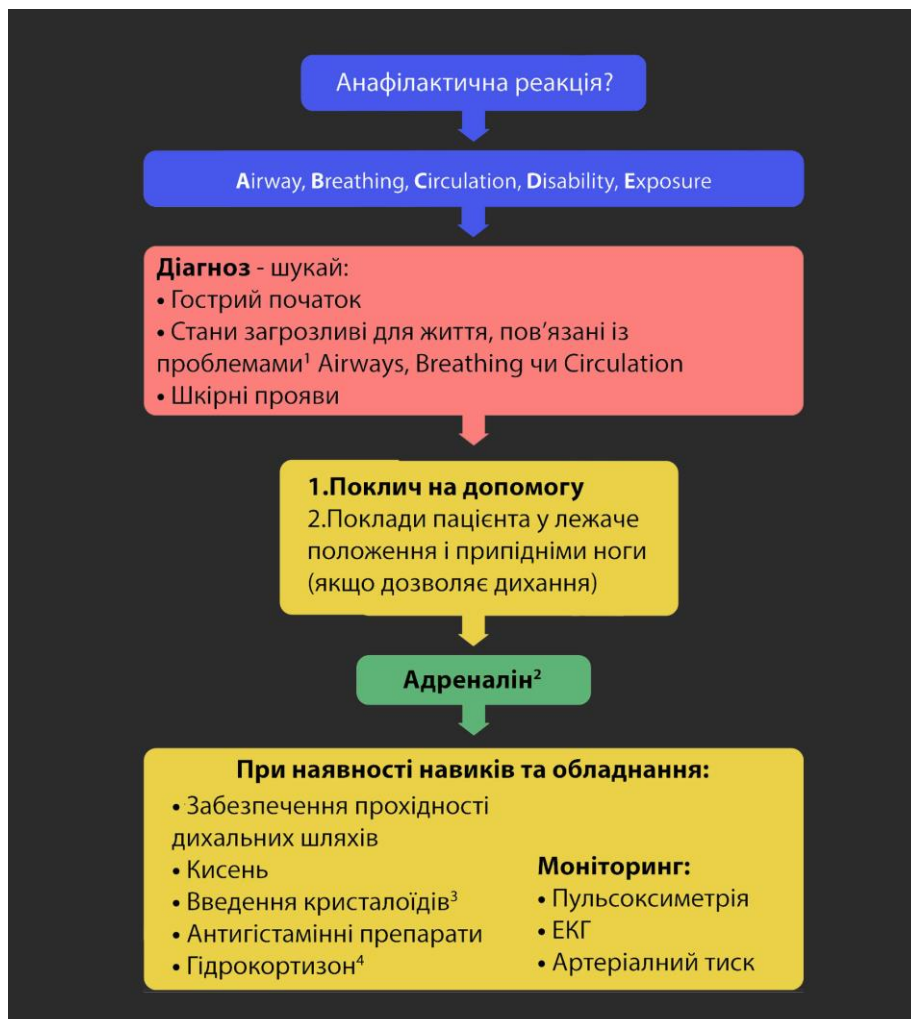
## Як повинні бути проінструктовані пацієнти?

Для більшості пацієнтів стандартний рецепт і формальні інструкції з профілактики та лікування анафілаксії є недостатніми для дотримання відповідних практичних заходів, включаючи введення епінефрину з аутоін'єктора і його використання належним чином. Це ускладнюється нездатністю багатьох клініцистів правильно використовувати аутоін'єктор з епінефрином.

**Навчання має бути доступним для всіх спеціалістів, які працюють з пацієнтами, яким загрожує анафілаксія. Така підготовка виявилася клінічно ефективною при таких алергічних захворюваннях, як астма і atopічна екзема (або дерматит), алергічний риніт (цілорічний або сезонний).**

Освітні програми для пацієнтів особливо ефективні при застосуванні письмового плану дій, багатовимірною та міждисциплінарного підходу. Мультидисциплінарний підхід і надання інформативних друкованих та інтернет-матеріалів для пацієнтів з харчовою алергією є ефективними для поліпшення знань, для забезпечення правильного користування аутоін'єктором.

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію»



### <sup>1</sup> Загрозливі для життя стани:

Airway: набряк, хрипота, стридор

Breathing: жорстке дихання, хрипи, непритомність, ціаноз, SpO2 <92%

Circulation: блідість, низький артеріальний тиск, кома, липкість

### <sup>2</sup> Адреналін (в/м, якщо недостатньо досвіду для в/в)

в/м доза 1:1000 адреналіну (повторити кожні 5хв за відсутності покращення)

|                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| ▪ Дорослі              | 500 microgram в/м (0.5 mL)  |
| ▪ Діти старші 12 років | 500 microgram в/м (0.5 mL)  |
| ▪ Діти 6-12 років      | 300 microgram в/м (0.3 mL)  |
| ▪ Діти молодші 6 років | 150 microgram в/м (0.15 mL) |

Вводити адреналін в/в може лише кваліфікований спеціаліст  
 Титр: Дорослі 50 mcg; Діти 1 mcg kg<sup>-1</sup>

### <sup>4</sup> Кристалоїди

|         |                        |
|---------|------------------------|
| Дорослі | 500 - 1000 mL          |
| Діти    | 20 mL kg <sup>-1</sup> |

Припинити введення кристалоїдів, якщо вони можуть бути причиною анафілаксії.

### <sup>4</sup> Гідрокортизон

(в/м чи повільно в/в)

|                      |        |
|----------------------|--------|
| Дорослі              | 200 mg |
| Діти старші 12 років | 100 mg |
| Діти 6-12 років      | 50 mg  |
| Діти молодші 6 років | 25 mg  |

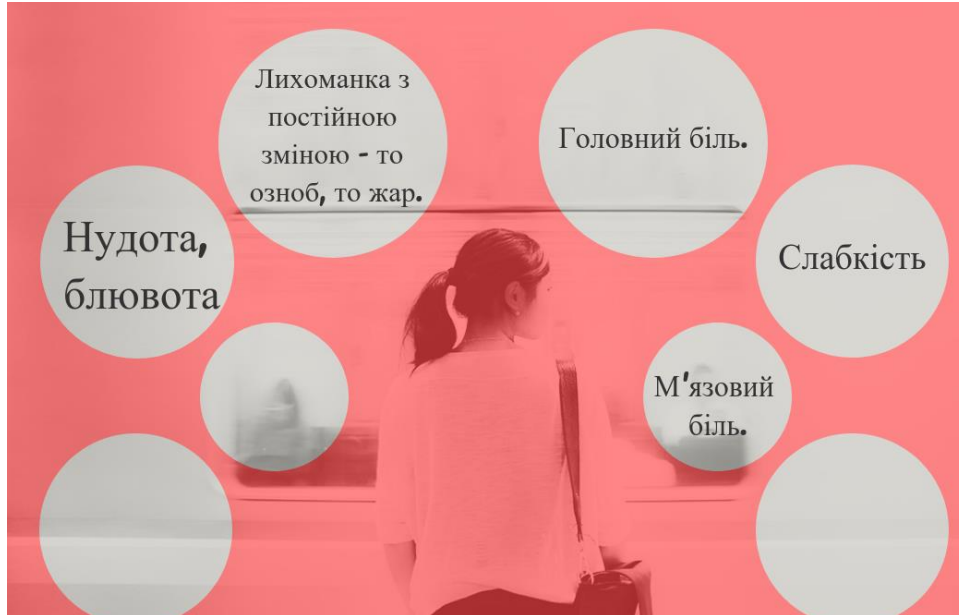
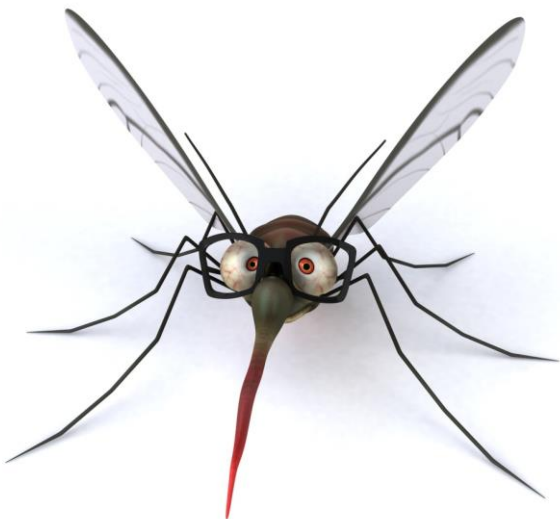




## Любите подорожувати? Тоді Вам необхідно дізнатися, що таке «Малярія»!

Тема зміни клімату та його вплив на розповсюдження деяких інфекційних паразитарних хвороб була вже піднята у попередніх дописах. Але ВООЗ виділяє розповсюдження малярії, як окрему загрозу людям.

Мало хто знає, але ще 40 років тому на півдні України були свої осередки малярії – болота, де розмножувались комахи, які є переносниками цього захворювання. Після осушення цих осередків малярія перестала бути загрозою для українців, але щороку моряки або просто мандрівники, що повертаються з тропічних країн, хворіють на малярію.



Малярія – це хвороба, що передається від людини до людини через укуси комарів. Збудник – це одноклітинний організм, який має дуже складний життєвий цикл. Знаходячись в організмі людини, він вражає еритроцити – клітини крові, які переносять кисень. **Щороку у світі малярія стає причиною смерті 500 000 людей.** Ця хвороба має досить характерний перебіг, але при цьому правильний діагноз не встановлюється одразу. Симптоматика, що розвивається у хворого, – циклічна, тобто є симптоми, які повторюються один за одним через рівні проміжки часу.

Кожний цикл починається з сильного ознобу. Настільки сильного, що людина нічим не може зігрітись (ні гарячий чай, ні ванна, ні ковдра не допоможуть). Цей озноб змінюється фазою жару. **Підвищується температура до 39°- 40° градусів.** Жарознижувачі допомагають, але не довго.

Через деякий час температура знижується, що супроводжується масивним потовиділенням, до повністю мокрого одягу та постільної білизни. Ці «напади» продовжуються до тих пір, поки боротьба не скінчиться остаточно або на користь людини, або збудника.

### Хто хворіє на малярію?

Абсолютно всі. Молоді та старі та навіть ті, хто вже хворіли. Як діагностувати? Здати аналіз крові, а лікар-лаборант визначить під мікроскопом: чи є збудник, чи його немає. У країнах, де малярії розповсюджена, для діагностики використовують експрес-тести.

**Чи є ліки від малярії?** – Так та досить ефективні. Частіше моряки купують ці ліки за кордоном.

**Чи є профілактика?** Так, і вона рекомендується всім людям, що виїжджають до тропічних країн. Це ліки, які попереджують інфікування. Поширеним міфом є те, що ці ліки дуже токсичні для печінки. Так, вони є токсичними, але доза, що застосовується для профілактики менша, ніж та, яку використовують для лікування.

Якщо людина хворіє, вона мусить приймати набагато токсичніші дози препаратів та впродовж більш довгого періоду. Ще й немає гарантії, що саме цей збудник є чутливим до лікування. Найбільш ефективні препарати – найбільш токсичні.

До профілактичних засобів також належать репеленти – це спеціальні сітки, якими накривають ліжко, аби відлякувати комарів. Ускладненнями малярії є ниркова-печінкова недостатність, що може стати причиною смерті.

- ✓ У 2018 році завершили другий етап випробувань ефективної вакцинації проти малярії, що показала свою ефективність більше ніж у 86%.





## Як же бактерії стають стійкими до антибіотиків і що ми можемо власне з цим зробити?

А у бактерій є цілий арсенал засобів для виживання.

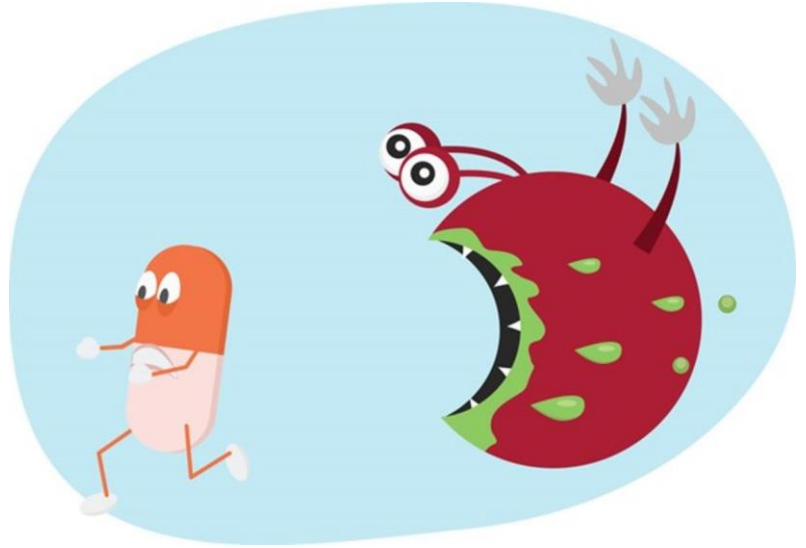
Для початку окреслемо, що стійкість буває первинною та вторинною.

**Первинна стійкість** – це коли бактерія від природи стійка до антибіотику, тому що в неї, наприклад, відсутня та частина, на яку діє цей конкретний антибіотик. Тому так важливо при захворюванні спочатку звернутися до лікаря, адже за типом захворювання, клінічною картиною, віком пацієнта лікар може припустити походження захворювання і призначити правильні ліки.

А ось все інше, **що здобуває бактерія в процесі життя та передає нащадкам** – це **вторинна стійкість**.

## Що залежить від нас?

- ✓ Ніколи не приймати антибіотики без призначення лікаря! Ні, навіть якщо минуло разу допомогло та навіть сусідка завжди так робить. Не вживати антибіотики для профілактики самостійно. Найчастіше - можна зробити тільки гірше.
- ✓ Не використовувати місцеві антибіотики (наприклад, краплі в ніс). Доведено, що вони не можуть створити необхідну концентрацію. Є 2 виключення: гнійний отит та кон'юнктивіт.
- ✓ Не переривати курс лікування та не міняти дозування, навіть якщо вже стало легше. Зниження температури та візуальне зменшення запалення – це добре, але не привід давати організму надалі боротися самому. Переривання курсу веде до стійкості та хронізації інфекції.



**З часу винайдення антибіотиків не пройшло 100 років, а ми вже знаходимось на етапі, коли знов можемо залишитися без них. Якщо хочемо у майбутньому бути захищеними від бактеріальних інфекцій, то потрібно зрозуміти, що відповідальність починається з кожного.**

## Що може зробити бактерія, аби вижити?

1. Виробляти речовини, що руйнують антибіотик. Так, наприклад, стафілококи виділяють фермент, що руйнує пеніцилін.
2. Виробляти захисні речовини, що нібито щитом захищають від антибіотика.
3. Змінювати обмін речовин всередині бактерії, уникаючи використання білків, що є ціллю антибіотика
4. Формувати насоси, що викачують антибіотик з бактеріальної клітини.

Ці механізми бактерії можуть сформувати самостійно в результаті мутації, або ж отримати від інших бактерій.





## Вакцинація. Чому не можна нехтувати одним з найбільш ефективних засобів запобігання хворобам?

Наразі вакцинацію застосовують більше задля індивідуального захисту, але вона, насправді, має більш глобальний сенс. Адже, якщо досягти масового щеплення, то можна досягти зниження циркуляції збудників та зовсім знищити захворювання, як це було зроблено з натуральною віспою.

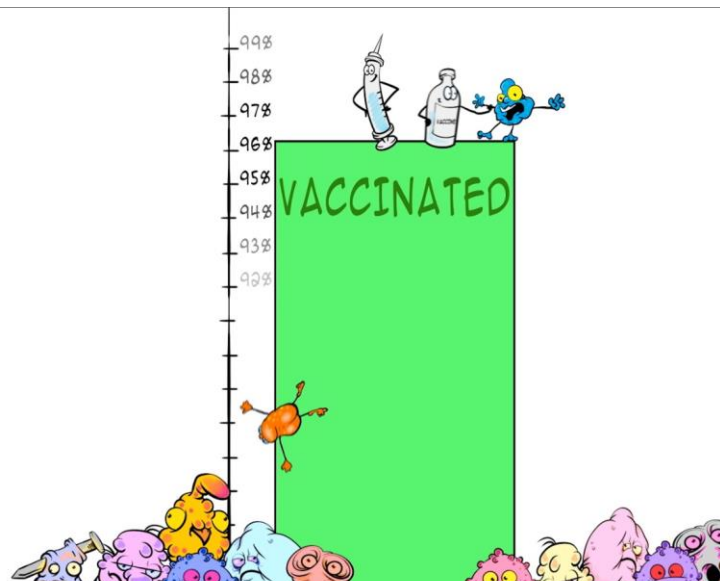
Відмова від вакцинації, незважаючи на наявність вакцин, загрожує знівелювати увесь прогрес, досягнутий у боротьбі з вакцинованими захворюваннями.

Вакциновані інфекції (кір, паротит, краснуха, поліомієліт, гепатит В, вірус папіломи людини, дифтерія) об'єднуються за декількома характеристиками:

1. Здатність до створення епідемії;
2. Відсутність специфічного та надійного лікування. Висока ймовірність тяжких ускладнень;
3. Передача тільки від людини до людини. Тобто, якщо всі люди будуть нечутливі до цих збудників, у них навіть не буде місця для існування, а значить вони будуть викоренені.

## Що планується найближчими роками?

- ✓ Завершення тестування вакцини проти малярії та початок вакцинальної кампанії у Гані та Кенії;
- ✓ **У 2019 році ВООЗ буде посилювати роботу з усунення раку шийки матки в усьому світі за рахунок збільшення охоплення вакциною проти ВПЛ.** Вакцинація проти ВПЛ проводиться хлопчикам й дівчаткам у віці 9-12 років. Чому хлопчикам? Вони можуть бути носіями цього вірусу та інфікувати в подальшому дівчину.
- ✓ **2019 також може стати роком повного викорінення поліомієліту в світі.** Минулого року в Афганістані та Пакистані (це останні дві країни в світі, де є поліомієліт) було зареєстровано менше 30 випадків.

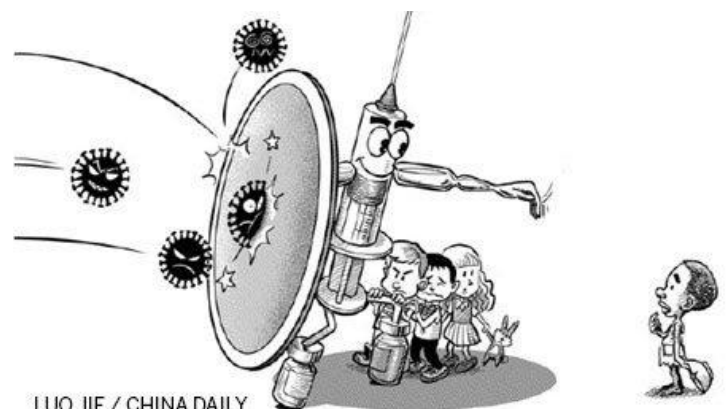


**Тільки відчуваючи персональну відповідальність за знищення цих хвороб, можна досягти успіху. Вакцинуємося, бо наші діти варті того, щоб жити у світі без поліомієліту, кору та інших захворювань.**

Вакцинація є одним з найбільш економічно ефективних засобів запобігання хворобам. В даний час вона упереджує 2-3 мільйона смертей на рік, а ще 1,5 мільйона можна уникнути, якщо відсоток охоплених щепленнями зросте у багато разів.

Поряд з цим йде і зворотний процес у процесі нарощування обертів вакцинації. Так, деякі країни, які були близькі до ліквідації кору, знов почали доповідати про появу випадків захворювання.

**Чому це відбувається?** Причини відмови від вакцинації, є різними – це можуть бути релігійні переконання, невпевненість в якості вакцини, страх перед побічними ефектами. Але останній виникає лише через незнання. Більшість міфів про вакцинацію спричиненні людським небажанням знати більше та перевіряти інформацію.



LUO JIE / CHINA DAILY



## Комунікація та пацієнт - орієнтований підхід як основні складові системи медичної допомоги за умов реформи.

Таємниці тіла та здоров'я завжди були привілейованими знаннями, внаслідок чого, починаючи від общинних часів, коли функцію лікаря виконував жрець, і до сьогодні взаємовідносини між лікарем та пацієнтом були авторитарними. Лікарі володіли знаннями, що були недоступні для інших, тому і модель відносин була патерналістична: лікар все знає, його накази – то закон, пацієнт має все виконувати беззаперечно.

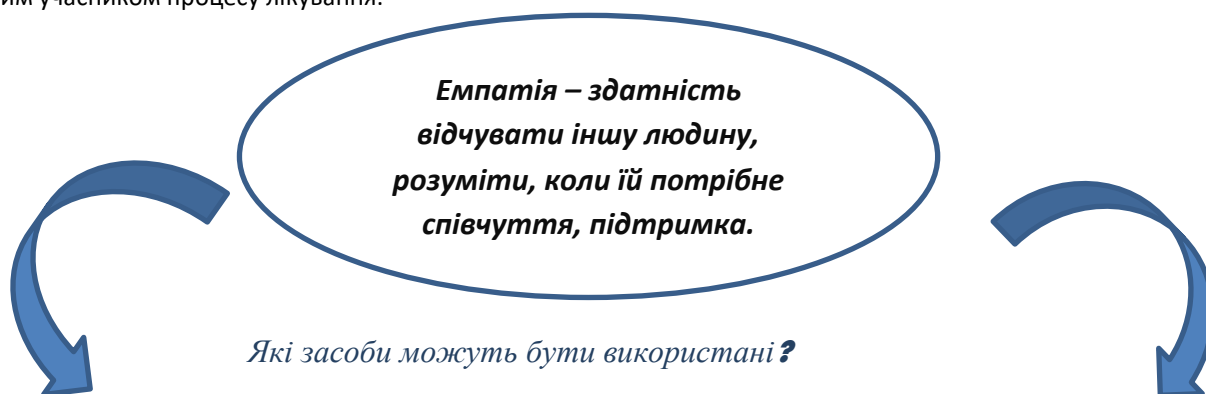
Якщо раніше незалежно від того, скільки пацієнтів було прийнято/виліковано, лікар все одно отримував однакову стабільну зарплату. У процесі переходу до страхової медицини в площину конкуренції між лікарями застосування пацієнторієнтованого підходу є закономірним. Той з лікарів, який раніше всіх усвідомить важливість вміння комунікувати та розташувати до себе пацієнтів, швидше завоює довіру пацієнтів. Змінився і сам пацієнт. Але сьогодні він не бажає сліпо підкорятись волі лікаря, він хоче бути рівноправним учасником процесу лікування.



*Така модель, коли лікар та пацієнт сумісно вибирають метод лікування/профілактики, є колегіальною. Вона заснована на високому ступеню довіри між лікарем та пацієнтом і допомагає досягти найвищої ефективності, адже коли пацієнт є рівноправним учасником свого лікування/профілактики, його прихильність є максимальною.*

Для формування довірливих відносин важливі декілька базових речей. Основою довіри є повага. Безумовна повага до іншої людини, яка зберігається, поки один не втратить її. Повага до особистості, до переживань. Коли лікар не говорить пацієнту такі фрази: «Чого це ви прийшли? Є багато людей, які більше вас потребують на допомогу».

Зацікавленість лікаря також відіграє важливу роль. Не тільки фінансова, хоч вона є об'єктивною та невід'ємною, а щире бажання допомогти. Справжні позитивні емоції завжди притягують людей.



### Вербальні:

- ✓ Правильна вимова та грамотність;
- ✓ Прості фрази, які зрозумілі пацієнту;
- ✓ Спокійний голос;
- ✓ Звернення на ім'я;

### Невербальні:

- ✓ Міміка, яка говорить про зацікавленість;
- ✓ Жести, які говорять про підтримку та готовність до діалогу;
- ✓ Щира усмішка.

**Вміння спілкуватись – це запорука не тільки гарних відносин, а й професійного зростання у всіх сферах життя!**





## НЕГАЙНО ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ЛІКАРЯ!



Якщо дитина не може  
пити або смоктати груди



або її стан  
погіршується



або у дитини жар



або у дитини  
судоми

## Ознаки небезпеки або негайно проконсультуйтеся з лікарем!

Коли дитина захворіла.

Хвора дитина найбільше хвилювання для  
батьків. У цей період дуже важко бути  
розважливим та мати чіткий план дій.

Коли звернутись  
до лікаря негайно?

Коли можливо  
зачекати?

Як правильно  
доглядати хвору  
дитину вдома?

ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ЛІКАРЯ,  
ЯКЩО У ДИТИНИ  
З КАШЛЕМ:

прискорене дихання



або ускладнене дихання



ЗВЕРНІТЬСЯ ДО  
ЛІКАРЯ, ЯКЩО  
У ДИТИНИ З ДІАРЕЄЮ:

кров у випорожненнях



або дитина  
відмовляється пити



ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ЛІКАРЯ,  
ЯКЩО ДИТИНА МЕНША ДВОХ МІСЯЦІВ



погано смокче  
груди



здається незвичайно  
холодною або має темпера-  
туру тіла менше 35,5°C



або має жовті  
ступні та долоні



або в неї з  
пупка йде гній

Розроблено і надруковано за сприяння Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Всі ці знання дуже потрібні батькам. Отже  
консультуючи батьків, лікар навчає тим  
самим «ознакам небезпеки», які  
потребують негайного звернення до  
лікаря.

### Зверніться до лікаря, якщо:

- ✓ Дитина не може пити або  
смоктати груди. Ця ознака свідчить  
про тяжкий стан дитини та вимагає  
огляду лікаря;
- ✓ Стан дитини прогресивно  
погіршується;
- ✓ У дитини лихоманка, яка не  
збивається жарознижувальними  
засобами;
- ✓ У дитини виникли судоми.

- ✓ У дитини перших  
двох місяців життя:

➔ Жовтяниця долонь та стоп;

➔ Дитина погано смокче  
груди;

➔ Здається незвичайно  
холодною або температура  
нижче 35.5°C;

➔ Ви бачите гнійні виділення  
з пупка.

Якщо дитина оглянута лікарем та  
призначене лікування, лікар обговорює  
ознаки погіршення стану, які вимагають  
звернення за медичною допомогою  
раніше запланованого візиту. А саме:

- У дитини з кашлем з'являється  
прискорене або утруднене  
дихання;
- У дитини з діареєю (рідкий стул)  
з'явилась кров у калі або дитина  
відмовляється пити.

У будь-якому випадку всі вірні відповіді на  
запитання щодо здоров'я надасть  
тільки ваш лікар. Здоров'я вимагає  
свідомого ставлення. Отже навчаємось  
заради збереження власного здоров'я!



## Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (International classification for primary care (ICPC))

Це найбільш поширена класифікація, яка використовується на первинній ланці в багатьох країнах світу. В її основу був покладений новий принцип - розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), але і причина звернення пацієнта за медичною допомогою.

Класифікація була розроблена Всесвітньою організацією сімейних лікарів (**World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians — WONCA**). Вона повною мірою відображає особливості філософії сімейної медицини – пацієнт-орієнтований підхід.

Класифікація ICPC-2 застосовується як для організації та зберігання медичних даних пацієнтів, так і для потреб статистики. Для цих двох цілей вимоги з класифікації та кодування — різні. Для медичних карток потрібно якомога більше конкретних деталей, в той час, як для статистики необхідні згруповані дані в залежності від їх частоти або значення для формування політики.

Крім того, статистичні дані використовуються для створення нових протоколів лікування захворювань, що дозволяє підвищити рівень лікування пацієнтів в цілому.

ICPC-2 дає змогу класифікувати основні елементи загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ), але при цьому має деякі обмеження. Рубрики в компонентах з 2 до 6, що охоплюють процес надання медичної допомоги, є дуже широкими та неконкретними.



Залишкові рубрики або «всяка всячина» розташовані в кінці компонентів; їх опис охоплює слово «інше». Це -29, -49, -59,-69, -99. Це визначення, які не мають окремої рубрики та які нечітко сформульовані. Їх ще можна маркувати як «незвичайне чи незвичне».

Зрозуміло, що жодна класифікація не може задовольнити всіх користувачів.

Коди МКХ-10 варто використовувати як додаткові коди для запису історії пацієнта, коли ICPC-2 не може додати конкретики.

WONCA визначає, що ЗПСМ належить до лікаря, який надає особисте, первинне, безперервне та комплексне медичне обслуговування окремим особам і сім'ям.

Інститут медицини вважає ЗПСМ наданням комплексних доступних медичних послуг лікарями, які несуть відповідальність за задоволення переважної більшості особистих потреб щодо медичної допомоги, розвиток стійкого партнерства з пацієнтами та практику в контексті сім'ї та суспільства.

### ***Впровадження ICPC-2 для лікарів первинної ланки - сімейних лікарів, терапевтів й педіатрів - надає такі переваги:***

- краще розуміння пацієнтів;
- зручність ведення пацієнтів;
- можливість фіксування звернення пацієнта телефоном, через інтернет (причину, діагноз, дії);
- можливість розділити причини, з яких звернувся пацієнт за один візит;
- можливість відстежувати епізоди медичної допомоги завдяки їхньому групуванню;
- можливість кодування не тільки діагнозу, а і симптомів та процесів, які не передбачають діагнозу або коли не можна встановити діагноз;
- спрощення документообігу;
- зменшення звітності

Використання ICPC-2 в щоденній практиці спрощує і робить точнішим ведення статистики лікарями первинної допомоги, дозволяє кодувати скарги, симптоми і синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз, і що саме головне – звільняє час для спілкування лікаря безпосередньо з пацієнтом.

Крім того, зручність і простота у використанні, максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги роблять ICPC-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних. Загалом, впровадження ICPC-2 в українську медицину поступово приведе до покращання якості надання медичної допомоги та дозволить оптимально розпланувати ресурси ПМД у відповідності до потреб пацієнтів.





## Великі зміни починаються з маленьких міст!

*Саратський районний центр первинної медико – санітарної допомоги перетворився на КНП тільки у серпні 2018 р., але вже встиг наздогнати заклади, які давно змінили свій статус.*

Загалом в закладі працює **174 працівники**, з яких: 20 лікарів; 116 представників середнього та молодшого медичного персоналу; 38 працівників іншого персоналу.

Лікувальний заклад **обслуговує 44 707 пацієнтів**, з яких 25 442 вже підписали декларації з сімейним лікарем. Раніше, за часів субвенції, ту суму, яку заклад отримувал за 9 місяців вже після початку співпраці з НСЗУ він зміг заробити менше, ніж за пів року.

*Нова модель фінансування та збільшення грошового потоку відкрило багато нових можливостей керівництву, зокрема підвищення заробітних плат, покращення сервісу для пацієнтів.*

Якщо раніше більшість лікарів отримували мінімальну заробітну плату (4 000 грн.), то зараз сума збільшилася майже утричі (12 000 грн. може заробляти сімейний лікар, з яким підписано необхідну кількість декларацій). Особливий акцент керівництво закладу робить на заохоченні молодих спеціалістів - забезпечення «підйомними» у розмірі 50 000 грн. та надання житла.

## Саратський районний Центр первинної медико - санітарної допомоги

у статусі КНП з 1.08.19



# 44 707

пацієнтів обслуговує



# 20

 лікарів

91 працівників  
середнього  
медперсоналу



### Нове фінансування:

Отримували за  
субвенцією

## 8 919 500

грн за 9 міс.

# було

після укладання  
договору з НСЗУ

## 4 780 026

грн за 3 міс.

# зараз

**Головний лікар ЦПМСД, Стогній Олександра**, розповіла, що серед планів на майбутнє – дооснащення робочих місць лікарів ноутбуками, електронна медична картка пацієнта, впровадження платних послуг (транспортування тяжкохворих та обслуговування спортивних змагань).

*«Сучасні реалії вимагають від керівника лікувального закладу бути цілеспрямованим, мислити гнучко, вміти знаходити вирішення будь яких питань навіть з обмеженими ресурсами. Не менш важливими є наполегливість та бажання рухатися далі, навіть коли інші хочуть зупинитися.» - Стогній Олександра.*

## Як у КНП "Саратський районний ЦПМСД" покращують якість медичного обслуговування?

1. Було закуплено новітнє обладнання, як – от аналізатор сечі Н - 100 (25 000 грн), глюкометри ВІТ - 1,2 (5 000 грн), гематологічний та біохімічний аналізатори ( 200 000 грн), кожна амбулаторія оснащена електрокардіографами. Це дозволяє швидко отримати результати досліджень, покращити діагностику та подальше лікування.
2. Протягом 2018 р. були проведені масштабні ремонтні роботи амбулаторій задля комфортного перебування пацієнтів у стінах лікувального закладу.
3. Взяли участь у проєкті "Мобільна поліклініка", що сприяє підвищенню доступності медицини за допомогою проведення безкоштовної діагностики та надання кваліфікованих консультацій різними спеціалістам







## «Перлина здоров'я Одеси»

**4 березня** відбулася надзвичайно важлива подія для всього медичного простору Одещини та її мешканців, адже стартував перший довгоочікуваний тренінг в рамках проекту «Перлина здоров'я Одеси», основною метою якого є сприяння та допомога лікувальному закладу успішно розвиватися в умовах реформування, підвищити рівень надання медичних послуг, а також покращити кваліфікаційні навички сімейних лікарів. Відбір учасників відбувався на конкурсній основі, а переможцями стали **медпрацівники ЦПМСД №2 м.Одеса**. Програма проекту абсолютно унікальна. Адже тематика та направлення кожного окремого тренінгу були відібрані лікарями закладу власноруч. Всього програмою заплановано **8 тренінгів**, під час яких лікарі зможуть відпрацювати необхідні практичні навички.

Серію тренінгів було розпочато темою «комунікації», адже ефективна комунікація вкрай важлива при взаємодії лікар-пацієнт як для успіху лікування, так і для задоволення пацієнта та лікаря своєю роботою. Використання деяких простих комунікативних прийомів може набагато скоріше привести до позитивних результатів без додаткового марно витрачено часу та зусиль. У медицині вкрай важливо, коли тебе не тільки слухають, але і чують...

**13 березня** тренери Центру Здоров'я та Комунікацій - Зоя Черная та Катерина Гуриєнко разом з медпрацівниками ЦПМСД №2 м.Одеса успішно подолали другу сходинку спільного шляху у пошуках професійного зросту. Цього разу темою зустрічі стала вакцинація! Беззаперечно, це одна із тих областей медицини, знання в якій настільки швидко оновлюються завдяки багаточисельним безупинним науковим дослідженням, що лікарю деколи важко відслідкувати усі нововведення та оновлення. Окрім цього, тема вкрай важлива, адже стосується національної безпеки країни!

А третя зустріч була присвячена одній з найважливіших та найзатребуваніших практичних навичок лікаря первинної допомоги – лор-компетенціям. Адже вміння проводити отоскопію – показник сучасного й прогресивного лікаря первинної допомоги.

Можливість швидко діагностувати та призначити необхідне лікування у випадку ЛОР-патологій значно полегшує роботу сімейного лікаря, а також підіймає лікаря на зовсім новий професійний рівень й збільшує його авторитет серед пацієнтів.



## Тренінг «Дитинство в сімейній медицині» в рамках проекту «Майстерня успішного лікаря».

Тема дитинства посідає особливе місце у професійній сфері медиків, оскільки, як і у пересічних дорослих, діти завжди викликають захоплення, підвищену зацікавленість та чуйне ставлення.

Саме тому черговий тренінг, що проводився в рамках проекту «Майстерня успішного лікаря» для сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів м.Одеса та Одеської області, був присвячений саме темі дитинства у сімейній медицині.

Відвідавши цей тренінг, кожен лікар отримав можливість навчитися:

- відрізняти фізіологічні стани новонароджених від патологічних;
- діагностувати та лікувати найбільш поширені захворювання у дітей;
- ефективно спілкуванню з дітьми;
- скласти індивідуальний графік вакцинації

Надзвичайно цікава та пізнавальна практична частина тренінгу пройшла завдяки участі запрошених спікерів, а саме **Александр Димитревичу, Любові Фіалковській та Катерині Гуриєнко**, які разом з учасниками розібрали «ситуації з життя» в контексті розгляду найпоширеніших хвороб у дітлахів, обговорили можливі проблемні аспекти, слабкі сторони та існуючі тонкощі вакцинації, а також сформували алгоритм огляду дитини, визначили основні «ознаки небезпеки» та дізналися про сучасні інструменти оцінки розвитку дитини.



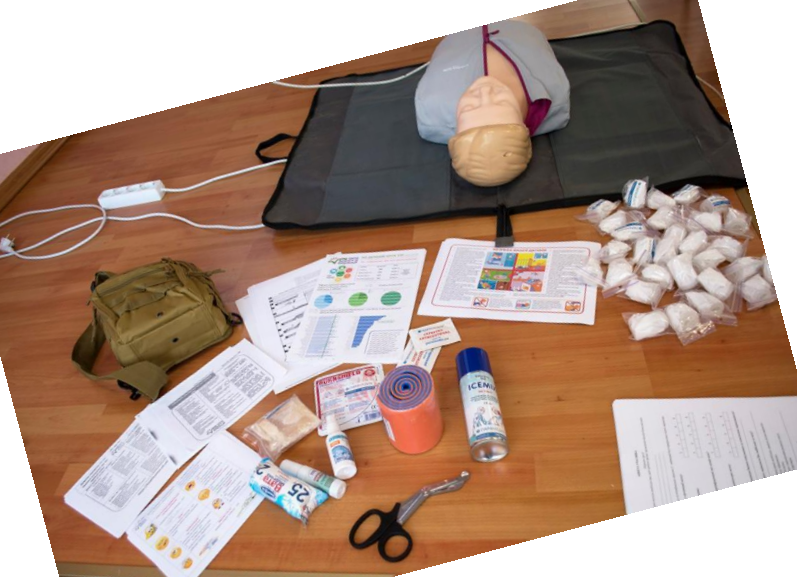
Вся практична частина проходила у форматі «запитання – відповідь», що свідчить і про значно високий рівень підготовки аудиторії!

Загалом атмосфера заходу від початку та до кінця була сповнена весняним подихом та мріями!

Тож вчіться та самовдосконалюйтесь разом з Центром Здоров'я та Комунікації!







## Навчаємось заради здоров'я дітей!

Навчальні заклади - місце де діти проводять майже половину свого часу. Адже це місце повинно бути безпечним для дитини.

- Як цього досягнути? Відповідь проста: знати, що може бути небезпечно, створити безпечний простір та вміти надати першу домедичну допомогу дітям різного віку.

Саме тому вчителі та вихователі **Авангардівський НВК ДНЗ** обговорювали ці питання. Які травми притаманні для різного віку? Як сформуванати аптечку? Які сучасні засоби допомагають надаванню першої допомоги? Як проводити серцеве- легеневу реанімацію? Що таке побутовий травматизм? Що може становити загрозу для дітей різного віку?

Протягом трьох годин тренер Центр Здоров'я та Комунікацій, **лікар-педіатр Катерина Гуриєнко** разом з вчителями шукали вірні відповіді, спілкувалися, відпрацьовували практичні навички, а також ділились прикладами з власного досвіду.

Навчаємось заради здоров'я дітей!





## Вебінар «Ведення неускладненої вагітності сімейними лікарями»

28 лютого відбувся довгоочікуваний Вебінар - Ведення неускладненої вагітності сімейними лікарями зі спікером **Світланою Галич**, доктором медичних наук, професором з акушерства та гінекології.

Розібрали такі питання, як:

- Правильно спілкуватися з вагітними жінками;
- Розрізняти незручності, притаманні вагітним, від дійсних проблем вагітності.
- Розпізнавати різні ускладнення вагітності до їхньої маніфестації;
- Визначати «Червоні прапорці», при яких показана консультація акушера-гінеколога.

Якщо Ви не встигли переглянути вебінар у прямому ефірі, дивіться запис за посиланням:

<https://www.youtube.com/watch?v=PtJTB6kPZms>

## Вебінар "ЛОР- компетенції в практиці лікаря первинної допомоги"

Неймовірно цікавий та інформативно – насичений відбувся вебінар **12 березня** на тему, що є однією з найактуальніших та найзатребуваніших серед сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів, - **"ЛОР- компетенції в практиці лікаря первинної допомоги"** зі спікером, **лікарем-оториноларингологом Терезою Козак**.

Розібрали наступні питання:

- Межі компетенції лікаря первинної допомоги у веденні хворих з ЛОР-патологією;
- «Червоні прапорці» для направлення до ЛОР-спеціаліста;
- Діагностика найбільш поширених захворювань ЛОР-органів в практиці лікаря первинної допомоги;
- Покроковий алгоритм дій лікаря при захворюваннях вуха, горла і носа.

Якщо Ви не встигли переглянути вебінар у прямому ефірі, дивіться запис за посиланням  
[https://www.youtube.com/watch?v=E\\_dY4HMPFSQ](https://www.youtube.com/watch?v=E_dY4HMPFSQ)



НАДСИЛАЙТЕ ВАШІ ЗАПИТАННЯ.

[knpvitae@healthcenter.od.ua](mailto:knpvitae@healthcenter.od.ua)

+38 (073) 425-30-13; +38 (048) 715-06-16

<https://healthcenter.od.ua/>

<https://www.facebook.com/odzdrav/>

