

Як жывецца ФАПу?

МЕРКАВАННІ

«Чаго не хапае медыцынскаму абслугоўванню ў вёсцы?»

Гэта пытанне мы задалі тым, хто мае самае непасрэднае дачыненне да азначанай тэмы.

Намеснік старшыні Пастаяннай камісіі па ахове здароўя, фізічнай культуры, сямейнай і маладзёжнай палітыцы Палаты прадстаўнікоў Валянціна КУРСЕВІЧ:

— Я лічу, што сёння сельскай медыцыне ўсяго хапае. Першаснае звянне аказання медыцынскай дапамогі вельмі важнае — ад яго якасці залежыць далейшае лячэнне ўсіх пацыентаў. Неабходна сканцэнтравана ўвагу на абслугоўванні менавіта жыхароў вёсак. Чаму? Таму што сёння працягласць жыцця сельскага насельніцтва ў нас меншая, чым гарадскога. У прыватнасці, у мужчын. Працягласць жыцця павінна павялічвацца. Для гэтага трэба забяспечыць на сяле якасць аказання медыцынскай дапамогі, укараніць новыя тэхналогіі. Павінна быць укамплектаванасць урачэбным і сярэднім медыцынскім персаналам. Акрамя таго, неабходна правесці шэраг мерапрыемстваў, каб замацаваць там маладыя кадры пасля размеркавання.

Галоўны ўрач Кіраўскай цэнтральнай раённай бальніцы Алена КРУЦЬКО:

— Сёння нам не хапае грашовых сродкаў. Кадрамі мы дастаткова добра забяспечаны, матэрыяльная база ў нас нядрэнная, але патрабуюцца матэрыяльныя ўкладанні. У Кіраўскім раёне ў ахове здароўя фінансаванне на аднаго жыхара — самае нізкае. Побач з намі знаходзіцца Бабруйск. Законам дазволена атрымліваць дапамогу ўсюды, куды звяртаешся. Таму нашы жыхары звяртаюцца туды, грошы, адпаведна, пераразмяркоўваюцца на Бабруйск. Хацелася б мець большае фінансаванне.

Старшыня Багушэвіцкага сельскага Савета Бярэзінскага раёна Ларыса БАБІНОВІЧ:

— Што я хацела б? Па-першае, каб бальніцы, якія знаходзяцца на тэрыторыі сельскіх населеных пунктаў, не закрываліся б. Чаму? Таму што сельскае насельніцтва старэе. Ім складана дабірацца ў раённы цэнтр, ім лягчэй даехаць у мясцовую бальніцу. Тут прасцей наведваць іх, прасцей лячыць, бо побач дом. І пажылыя жыхары адчуваюць сябе больш разняволена, таму і лячэнне ідзе больш эфектыўна. Гэта мае вялікае значэнне менавіта для псіхалагічнага стану хворага. Хацелася б большую колькасць спецыялізаваных урачоў — стаматолагаў напрыклад. У сельскай мясцовасці гэтага не хапае. Адно з няпростых пытанняў — жыллё для спецыялістаў. Калі будзе жыллё, то ўрачы будуць прыязджаць і працаваць.

Жыхар вёскі Гольчыцы Слуцкага раёна Аляксандр КАРЛАЎ:

— Колькі я ні звяртаўся ў мясцовую бальніцу, мне ніколі не адмаўлялі і заўсёды дапамагалі. Напрыклад, якасць працы стаматолага ў вёсцы мяне задавальняе больш, чым у горадзе. Вельмі радуе стаўленне да пацыента — тут яно нейкае прасцейшае і спакойнейшае. Адзінае, што можна палепшыць, — апаратуру. Акрамя таго, бываюць моманты, калі забяспечанасць лекамі вымушае жадаць лепшага. Напрыклад, у мяне была сітуацыя: трэба было выдаць зуб, і ўрач сказаў рабіць гэта хутчэй. Чаму? Таму што засталася ўсяго некалькі ампул лекаў, а больш маглі і не прывезці. Але ўзровень абслугоўвання мяне больш чым задавальняе. Няма ні заўваг, ні нараканняў.

Уладзіслаў ЛУКАШЭВІЧ.
lukashevich@zviazda.by

Працяг тэмы на стар. 6—7

Як яно ёсць

Між тым, у той ці іншай вобласці сёння можна адшукаць участкавага педыятра, за якім замацавана літаральна 400—500 пацыентаў ва ўзросце да 18 гадоў. Зразумела, гэта ў сельскай мясцовасці, дзе варта ўлічваць не толькі сухія лічбы стандарту, але і інтарэсы бацькоў, якім не надта зручна будзе дабірацца з дзіцём да ўрача за блізкі свет.

Такога, на шчасце, нідзе і няма. Максімальны адлегласці для тых жа ўрачэбных амбулаторый — 15—20 км. Сетка пярвічных медустаноў менавіта ў сельскай мясцовасці — гэта каля 2260 фельчарска-акушэрскіх пунктаў і 566 амбулаторый урача агульнай практыкі (ўсяго ў краіне 650 амбулаторый, якія існуюць нават пры паліклініках ў новых буйных мікрараёнах абласных цэнтраў і Мінска). Такая колькасць пакуль лічыцца дастатковай, хоць сітуацыя можа мяняцца. Штогод выкананне дзяржаўнага стандарту ацэньваецца, вывучаецца сітуацыя — дзе захаваць або закрыць той ці іншы ФАП. А для таго, каб усе існуючыя ўстановы пярвічнага звяна працавалі паўнаўвартасна, менавіта сюды ў першую чаргу размяркоўваюцца маладыя спецыялісты.

Хто ён, урач агульнай практыкі?

— Да 2020 года павінна завяршыцца перанавучанне ўрачоў пярвічнага звяна на ўрачоў агульнай практыкі, якія абслугоўваюць як дарослае, так і дзіцячае насель-

перасоўныя ФАПы. Машына з доктарам прыязджае ў самыя малыя вёскі па графіку. На ФАПах працуюць і дзённыя стацыянары, дзе можна і ўкол зрабіць, і іншыя працэдурны. Флюарографы, зразумела, няма, бо гэта патрабуе і асобнага памяшкання, і спецыяльна падрыхтаванага персаналу (усё ж такі радыяцыйны апарат), а галоўнае, запатрабаваны ён будзе толькі два тыдні на год, што, мякка кажучы, немэтазгодна. Як варыянт — перасоўныя флюарографы і пульмасканы, якія раз на год прыязджаюць на ФАП, у амбулаторыю або на прадпрыемства. На Віцебшчыне ёсць нават перасоўны комплекс, які дазваляе праводзіць яшчэ і мамаграфію. Дарэчы, з пэўнай перыядычнасцю прыязджаюць на ФАП і ўрачы амбулаторый (двойчы ў месяц вядуць прыём разам з урачом агульнай практыкі ФАПа), і спецыялісты вузкіх спецыяльнасцяў. Выязныя брыгады забяспечваюць у тым ліку штогадовае агляд ветэранаў Вялікай Айчыннай і асоб, прыроўненых да іх.

Урачы агульнай практыкі сёння настолькі блізка да людзей, што там, дзе насельніцтва не ігнаруе своечасовы агляды, рэдкімі бываюць і выклікі хуткай. На вёсцы гэтай «хуткай» становіцца часам сам урач, які фактычна круглы суткі на сувязі, добра ведае ўсіх, а ўсе ведаюць яго. Што да пастой хуткай меддапамогі, то яны ёсць ва ўсіх буйных населеных пунктах і даяджаюць у любую кропку краіны за ўстаноўлены час.

Даслоўна:

Хутка ў краіне з'явіцца санітарная авіяцыя — ідзе закупка абсталявання для верталёта такой службы. Спецыялізаваная рэанімацыйная брыгада з урачом-рэаніматологам і анестэзіёлагам будзе вылятаць на масавыя дарожна-транспартныя здарэнні і надзвычайныя сітуацыі па ўсёй краіне. Гэта, безумоўна, павышае хуткасць аказання дапамогі ў досыць цяжкіх выпадках, але кансультацыя ўрача можа спатрэбіцца і пры болі ў грудзях, і ў выпадку віруснай інфекцыі.

гэтага выязджае на месца лабарант амбулаторыі.

Калі ў людзей маладых самай распаўсюджанай прычынай звароту ў медустанову застаюцца вострыя рэспіраторныя вірусныя інфекцыі, то для сталага насельніцтва характэрныя хранічныя захворванні — артэрыяльная гіпертэнзія, цукровы дыябет, астэапароз і артрозы, хранічная паталогія органаў дыхання, стрававання, вачэй, розныя неўралагічныя парушэнні. І ўсё гэта можа кантралявацца на ўзроўні таго ж ФАПа. Аднак, калі ўзнікае неабходнасць у дадатковай кансультацыі, пацыент накіроўваецца ў цэнтральную раённую паліклініку, дзе ёсць свая спецыфіка прыёму вясковых жыхароў. Зразумела, што ўсе яны прыязджаюць на адным аўтобусе (на якую б гадзіну ні запісаліся), а таму ў паліклініках патокі сельскага і гарадскога насельніцтва падзелены. Вяскоўцы прыязджаюць зранку, а гараджан запісваюць на прыём пасля абеду. У кругласутачным рэжыме працуюць прыёмныя аддзяленні раённых бальніц, куды можна звярнуцца ў любы час сутак. Часцей за ўсё, гэта звароты з траўмамі.

Запатрабаваныя ў пажылых, асабліва зімой, і участкавыя бальніцы, а таксама бальніцы сястрынскага догляду, дзе забяспечваецца догляд і лячэнне. Адносіцца гэта да медыка-сацыяльнай дапамогі, а таму прадастаўляецца за аплату — 80 працэнтаў ад памеру пенсіі за месяц.

Не толькі ў сталіцы

— У першую чаргу трэба сказаць, што брыгады хуткай меддапамогі аснашчаны ўжо не толькі дэфібрылятарам і апаратам штучнай вентыляцыі лёгкіх, але і сучаснымі тромбалітычнымі прэпаратамі, — удакладняе Алена Богдан. — Іх своечасовае ўвядзенне вельмі важнае пры ішэмічным інсульте або вострым каранарным сіндроме — гэта падаўжае час да моманту тэрапеўтычнага ўмяшання, якое праводзіцца ўжо на ўзроўні раённай медустановы. Рэанімабілі і ўрачы рэанімацыі ёсць ва ўсіх раёнах.

Усе абласныя цэнтры забяспечаны ангіёграфамі — вельмі дарагой сучаснай тэхнікай, неабходнай для правядзення каранараграфіі. Яна выконваецца з мэтай як дыягностыкі, так і лячэння або прадухілення вострага каранарнага сіндрому, а ў хуткім часе стане магчымым праводзіць нават лячэнне вострага парушэння мазгавага кровазвароту. Першы такі праект у краіне ўжо завяршаецца. Ангіёграфы ўстаноўлены і ў Салігорску, Баранавічах, Пінску, гатова памяшканне ў Наваполацку. Паступова плануецца аснасіць такой тэхнікай і адпаведнымі спецыялістамі ўсе міжраённыя цэнтры.

Апаратаў КТ і МРТ (кам'ютарная тамаграфія і магнітна-рэзанансная) ужо дастаткова па краіне. Толькі на двух участках — ва ўсходняй частцы Магілёўшчыны і заходняй на Віцебшчыне — не забяспечана пакуль дастаўка на працягу гадзіны на такія абследаванні. Аднак у 2017—18 гадах запланавана разам з заменай старых апаратаў кам'ютарнай тамаграфіі закупка і ў гэтыя два рэгіёны.

Аднак любая самая сучасная медтэхніка не можа быць важнейшай за пярвічны агляд, падчас якога ўрач якраз і можа накіраваць на падобнае абследаванне.

Святлана БАРЫСЕНКА.
protas@zviazda.by



Фота Ангелы КЛЕШЧУКА

ніцтва горада і вёскі, — тлумачыць **начальнік галоўнага ўпраўлення арганізацыі медыцынскай дапамогі Міністэрства аховы здароўя Алена БОГДАН.** — Да мінулага года магчымасць перападрыхтоўкі на ўрача агульнай практыкі была толькі ў Беларускай медыцынскай акадэміі паслядыпломнай адукацыі, але размова ідзе амаль пра 6 тысяч урачоў і досыць кароткі адрэзак часу, а таму адпаведныя кафедры былі створаны і ў медыцынскіх ВНУ.

Адпаведныя спецыялісты ўжо ёсць у сельскай мясцовасці, аднак па такім прынцыпе ўрэшце будуць працаваць абсалютна ўсе ўрачы пярвічнага звяна, у тым ліку гарадскія участкавыя тэрапеўты і педыятры. Усе павінны будучы авалодаць больш шырокімі ведамі па кардыялогіі, эндарыналогіі, афтальмалогіі, неўралогіі. Зразумела, спатрэбіцца ім у рабоце і адпаведны інструментарый, які звычайна ёсць у пералічаных вузкіх спецыялістаў. Такім чынам, агляд пацыента будзе ўключаць не толькі вымярэнне артэрыяльнага ціску, частаты сардэчных скарачэнняў, частаты дыхання, ацэнку колеру скуры і, безумоўна, скаргаў пацыента, але і спецыфічны агляд, які праводзяць звычайна вузкія спецыялісты.

На вёсцы разам з урачом агульнай практыкі будзе працаваць акушэрка, патранажная (або участкавая) медсястра, якая вядзе ў тым ліку нованароджаных і дзяцей.

Як не вы, то да вас

— Разам з тым урач агульнай практыкі мае пад рукой аўтатранспарт, што дазваляе забяспечыць выклікі на дом. З 2015 года ў Віцебскай і Мінскай абласцях дзейнічаюць

І камп'ютары будуць

— Працэс камп'ютарызацыі — глабальная задача на наступныя гады — паспрыяе стварэнню адзінай інфармацыйнай сістэмы. Кожная ўстанова аховы здароўя будзе мець доступ да інфармацыі аб канкрэтным пацыенце. Гэта зручна і надзейна для ўсіх бакоў. Магчымасць азнаёміцца з тым, «як хварэў і дзе лячыўся» пацыент, будзе, вядома, і на ФАПе. Папярковы медкарткі пры гэтым пакуль нікуды не знікнуць, — кажа Алена Богдан.

Новая пастанова па дыспансерызацыі пашырыла функцыі участкавага ўрача і ўрача агульнай практыкі, якім дадзена права лячыць шырокі пералік захворванняў. У межах дыспансерызацыі прадугледжана на ФАПе і магчымасць забору аналізаў крыві і мачы. Праўда, у некаторых выпадках для

Даслоўна:

— Не ўсюды адзін ФАП абслугоўвае столькі насельніцтва, колькі патрабуе стандарт. Дзесьці гэта можа быць і менш за 700—800 чалавек. Тым не менш ніводзін пункт не зачыняецца без рашэння мясцовых органаў улады і ўзгаднення з Міністэрствам аховы здароўя. Нават калі ФАП патрэбны толькі для 400—500 чалавек, яго могуць пакінуць. На Віцебшчыне існуюць нават ФАПы, паслугамі якіх карыстаецца не больш за 150 чалавек, бо ў выпадку іх закрыцця людзям будзе вельмі нязручна дабірацца да іншай медустановы.