

## Актуальні питання медицини невідкладних станів та медицини катастроф

1–2 квітня 2014 р. представники наукової медичної спільноти та практичні лікарі — працівники швидкої, невідкладної медичної допомоги з усіх областей України, а також зарубіжні спеціалісти зібралися у Києві на Науковий симпозиум з міжнародною участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів та медицини катастроф». У ході симпозиуму розглянуто питання організації екстреної медичної допомоги, надання невідкладної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі, невідкладної допомоги при різних нозологічних формах. Учасники заходу обговорили завдання, які наразі стоять перед медициною катастроф; нормативно-правову базу, згідно з якою здійснюється швидка та невідкладна медична допомога; специфіку надання медичної допомоги при різних патологіях, насамперед — при серцево-судинних і цереброваскулярних невідкладних станах.

Організаторами симпозиуму виступили Національна медична академія післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД), Київська міська станція екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Всеукраїнська громадська організація (ВГО) «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф». Одним з інформаційних спонсорів заходу став журнал «Український медичний часопис».



Вітання із побажаннями плідної співпраці висловив учасникам симпозиуму **Олег Шекера**, директор Інституту сімейної медицини, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини й амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика. Він нагадав, що забезпечення пацієнтів якісною медичною допомогою є пріоритетним напрямком стратегічного планування політики охорони здоров'я, яка передбачає у тому числі поліпшення функціонування медичної галузі на основі підвищення якості екстреної медичної допомоги (ЕМД). О. Шекера заповнив, що Інститут сімейної медицини готовий до співпраці з фахівцями ЕМД та обміну досвідом на ниві медицини.



**Сергій Сацик**, кандидат медичних наук, завідувач відділу наукових проблем та екстреної медичної допомоги та невідкладних станів ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ

України», підбив підсумки впровадження Закону України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу», який набув чинності з 1 січня 2013 р. У рамках виконання цього закону по всій Україні у 2013 р. почали роботу центри ЕМД у різних організаційних формах: 16 комунальних закладів, 8 територіальних медичних об'єднань, 3 комунальні установи. Підпорядковані центрам 136 станцій та 472 підстанції ЕМД, для функціонування яких організовано 855 пунктів постійного та 267 тимчасового базування, штат яких становить 3330 бригад ШМД. Наразі проходить формування оперативно-диспетчерської служби, завершення цього процесу заплановано на II–IV квартал 2014 р.

С. Сацик відзначив, що ЕМД — це така галузь медицини, яка більше за будь-яку інші потребує постійного підвищення кваліфікації кадрів для збереження відповідності якості надання медичної допомоги міжнародним стандартам. З цією метою протягом 2013 р. 1700 лікарів і 7121 фельдшер пройшли навчальні курси з підвищення кваліфікації. Крім того, для підтримання належного рівня інформованості медичних працівників цієї ланки в Україні видається журнал «Екстрена медицина: від науки до практики».

У доповіді С. Сацик також окреслив основні завдання, які стоять перед службами ЕМД у поточному році. До таких віднесено пільотне впровадження єдиних диспетчерських станцій і маршрутизації викликів, задля чого пропонується розробити та науково обґрунтувати згідно з положеннями доказової медицини принципи екстреної диспетчеризації, визначити основні її фази та етапи реалізації диспетчерської функції, а також затвердити структуру уніфікованого протоколу екстреної диспетчеризації. У 2014 р. планується розглянути та затвердити режими реагування служб екстреної медицини залежно від пріоритетності надання медичної допомоги. Режим С (cito) передбачає залучення будь-якої бригади (фельдшерська, лікарська) незалежно від комплектації автомобіля (клас В — автомобіль ЕМД, клас С — реанімобіль), що знаходиться найближче до місця виклику. При режимі Е (emergency) рекомендовано використання будь-якої бригади та авто-

мобіля класу В, С за умови виконання нормативу доїзду, а при N (поп-emergency) — фельдшерської бригади на автомобілі класу В (або при здійсненні перевезення хворого — класу А, тобто автомобіля для транспортування пацієнтів).

Крім того, у 2014 р. заплановано завершити розробку та затвердження уніфікованих протоколів надання ЕМД на догоспітальному етапі, а також порядок надання домедичної допомоги, що відповідає міжнародним стандартам, у зв'язку з чим особливою актуальності набувають питання підготовки медичних працівників та немедичних фахівців з ЕМД. Робота у цьому напрямку триває на базі ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України».



У сучасних українських реаліях надзвичайно важливою є проблема цивільного захисту населення (ЦЗН). На цьому наголосив **Георгій Рошін**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини катастроф НМАПО імені П.Л. Шупика. Під терміном ЦЗН розуміють систему організаційних, інженерно-технічних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та інших заходів центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підлеглих їм сил і засобів, підприємств, установ і організацій, незалежно від форм власності, добровільних рятувальних формувань з метою запобігання і ліквідації надзвичайних ситуацій. На захист життя та здоров'я має право кожний громадянин України, і державні структури виступають гарантом цього права.

За останні два десятиріччя система ЦЗН, яка існувала за радянських часів, зазнала неминучих змін, що пов'язано з відносним благополуччям в Україні в цей період. Наразі очевидно є потреба в модернізації цієї системи з урахуванням сучасних обставин. Цей процес включатиме не лише

реорганізацію всіх задіяних служб ЦНЗ — медичної, охорони громадського порядку, матеріально-технічного постачання та ін., а також обов'язкове навчання медиків і цивільного населення принципам надання домедичної та догоспітальної допомоги. Н. Рошлін продемонстрував необхідність таких заходів на прикладі здійснення транспортування та надання домедичної, догоспітальної допомоги постраждалим під час подій 18–21 лютого 2014 р.



Важливе питання медичної допомоги пацієнтам з інсультом підняв **Іван Зозуля**, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи, завідувач кафедри медицини невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика. У своїй доповіді він звернув увагу на уніфіковані медико-технологічні документи, які є нормативним підґрунтям для роботи фахівців ЕМД.

І. Зозуля нагадав учасникам симпозиуму, що в Україні щороку в 100–120 тис. осіб розвивається інсульт (280–290 на 100 тис. населення), з них 40–45 тис. (86,6 на 100 тис. населення) помирають внаслідок цієї патології. Порівняно із західноєвропейськими показниками (~200 та 37–47 на 100 тис. населення відповідно) це є доволі високим рівнем. Таким чином, розробка Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) для пацієнтів із гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) є надзвичай актуальним завданням.

Наказом МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» затверджено наступні УКПМД: «Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізова-

на) медична допомога та медична реабілітація)» та «Системний тромболізис при ішемічному інсульті (екстрена, вторинна (спеціалізована) медична допомога)», на основі яких розроблено нормативні документи регіонального рівня — локальні протоколи медичної допомоги.

І. Зозуля звернув увагу колег на те, що вперше в Україні УКПМД створені мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої ввійшли лікарі загальної практики — сімейної медицини, неврологи, нейрохірурги, фахівці ЕМД, кардіологи, представники громадських і професійних організацій та ін. Він детально зупинився на основних положеннях цих протоколів: наукове обґрунтування пріоритетності виїзду на виклик до хворого з ознаками ГПМК, необхідність його першочергового транспортування до відповідного лікувального закладу з попереднім інформуванням, причому золотим стандартом є термінова госпіталізація в рамках «терапевтичного вікна» (3–4 год) у спеціалізовані інсультні відділення (інсультні блоки тощо). Бригадою ЕМД, яка прибула на виклик, має бути проведене належне обстеження: оцінка вітальних та неврологічних функцій, що можуть вказати на ГПМК; визначення інших порушень соматичного статусу; визначення артеріального тиску та рівня глюкози у плазмі крові; проведення електрокардіографії з оцінкою на місці або передачею телеметричних сигналів до консультативного центру з терміновою інтерпретацією цих даних з метою розпізнання та попередження розвитку коморбідної патології. Бригада ЕМД повинна забезпечити прохідність дихальних шляхів хворого, провести профілактику аспірації, забезпечити венозний доступ. Крім того, має бути розпочате медикаментозне лікування. Останній пункт широко обговорюється, але наразі існують переконливі докази того, що у пацієнтів з інсультом слід уникати різкого зниження артеріального тиску; не рекомендується прийом ацетилсаліцилової кислоти, якщо планується проведення

системного тромболізу; не рекомендується застосування антитромбоцитарних препаратів, інгібіторів глікопротеїнових рецепторів тромбоцитів IIb/IIIa, раннє призначення нефракціонованого низкомолекулярного гепарину та гепариноідів. І. Зозуля окремо наголосив, що згідно з сучасною доказовою базою відсутні докази ефективності лікування ішемічного інсульту у гострий період за допомогою нейропротекторних препаратів, а також проти показано введення розчину глюкози, колотидних інфузійних розчинів, діуретиків групи сульфамідів (фуросемід).

Вищевказані заходи достовірно сприятимуть зниженню смертності від ГПМК і зменшенню витрат суспільства та сім'ї, пов'язаних з доглядом за пацієнтом, а також поліпшенню результатів лікування.



Про досвід колег зі США з надання ЕМД доповів **Деніел Смайлі** (Daniel Smiley), перший заступник директора Департаменту екстрених медичних служб штату Каліфорнія. Він розповів учасникам симпозиуму про організацію диспетчерської служби ЕМД у Каліфорнії. Основними завданнями такого підрозділу ЕМД, як Система медичного пріоритету відправки, є забезпечення безпеки постраждалих, персоналу та свідків випадку, які знаходяться на місці події; відправка відповідної допомоги у вірному напрямку; підтримка контакту з тим, хто викликає службу ЕМД, із наданням йому інформації щодо заходів, які можуть бути проведені для надання допомоги постраждалому; забезпечення бригади реагування оперативними відомостями та підтримка стандартизації протоколів. Саме останньому пункту й була присвячена доповідь Д. Смайлі: він продемонстрував зразок стандартного про-

токолу.





токолу, який включає близько 40 сторінок (з них 33 стосуються скарг постраждалого, інші необхідні для належного кодування та надання інструкцій особі, яка здійснила виклик, до прибуття бригади ЕМД). Оперативність ЕМД забезпечується завдяки тому, що диспетчер одразу після опитування за 4 головними пунктами (основна скарга, вік постраждалого, стан свідомості та стан дихання) визначає рівень пріоритетності реагування і виходячи з цього направляє відповідну бригаду ЕМД на виклик. Більш детальну інформацію щодо кожного випадку члени бригади отримують від диспетчера вже на шляху до постраждалого.

Також Д. Смайлі відзначив важливість інструктування диспетчером особи, яка здійснила виклик і може надати домедичну допомогу постраждалому — дати йому ацетилсаліцилову кислоту перорально у випадку підозри на гострий коронарний синдром/інфаркт міокарда (цьому питанню присвячений окремий підрозділ протоколу), розпочати серцево-легеневу реанімацію, підготувати дефібрилятор (якщо він наявний неподалік) та ін.

Система медичного пріоритету відправки, за словами Д. Смайлі, продемонструвала свою ефективність у Лос-Анджелесі: протягом 1-го року після її впровадження вдалося зменшити кількість виїздів з мигалками та сиреною на 60% і завдяки цьому знизити витрати на паливо, а також поточну вартість утримання автомобілів ЕМД на 50%.



Повертаючись до теми порушень мозкового кровообігу, **Вадим Ніконов**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф Харків-

ської медичної академії післядипломної освіти, нагадав учасникам симпозиуму про таку актуальну проблему, як одночасне ураження коронарних судин та судин головного мозку — кардіocereбральний синдром, або синдром Боголепова. Його описано 65 років тому як апоплектиформний синдром при інфаркті міокарда, який проявляється втратою свідомості, мінущими розладами функцій кори великих півкуль мозку і мозкового стовбура. Іноді церебральна симптоматика виходить на перший план і маскує прояви інфаркту міокарда. Ішемія мозку та міокарда можуть розвиватися одночасно, у деяких випадках церебральна патологія випереджає появу коронарної.

При тяжких ураженнях серця порушення його функції призводить до зриву судинної ауторегуляції, особливо в тих зонах васкуляризації, де судини попередньо вже скомпрометовані атеросклеротичним процесом, з розвитком гіпоксії/ішемії, мітохондріальної дисфункції із залученням ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Вираженість і стійкість неврологічних порушень залежать від тяжкості та поширеності розладів метаболізму клітин головного мозку. Взагалі, при тяжкій гострій патології міокарда ризик розвитку церебральних порушень (енцефалопатія, транзиторна ішемічна атака, інсульт) підвищений протягом 6–9 міс.

Діагностика синдрому Боголепова може бути утруднена тим, що кардіальні та церебральні компоненти цього синдрому взаємно маскуються. Але ретельний збір анамнезу та уважний огляд хворого сприятимуть своєчасному виявленню поєднаної патології, тактику лікування якої розробляють спільно з кардіологом, терапевтом або лікарем сімейної медицини. Завдання медикаментозної терапії у такому разі, крім лікування основного захворювання, полягає у максимальному збереженні нейронів, відновленні рецепції, міжнейронних зв'язків та мікроциркуляції.



Резонансну тему, яка знайшла широкий відгук серед усіх медиків, що зібралися на симпозиумі, підняв **Борис Голдовський**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини не-

відкладних станів Запорізької медичної академії післядипломної освіти. У рамках своєї доповіді «Екстрена медична допомога на етапі реформування галузі охорони здоров'я в Україні» він порушив питання професійного вигорання працівників служби ЕМД.

За його словами, фахівці ЕМД відчувають найбільшу відповідальність як перед самим хворим, так і перед лікарями інших спеціальностей, які продовжуватимуть надання медичної допомоги цьому хворому. Спеціалісти служб ЕМД працюють в умовах постійного психоемоційного стресу. Лікарі отримують належну професійну підготовку з питань діагностики та лікування різних патологій, але їх не вчать піклуватися про свій емоційний стан та справлятися з неминучим стресом. Особливості та характер стосунків лікаря і хворого у системі ЕМД складні та багатогранні: ця система включає в себе не тільки підсистему «лікар — пацієнт», але й «лікар — родичі пацієнта», «лікар — суспільство», «лікар — лікар».

Синдром емоційного вигорання вперше описано 40 років тому американським психологом Гербертом Фрейденом — він вказав на деморалізацію, зневіру та крайню втому, які він спостерігав саме у медичних працівників. Основними ознаками емоційного вигорання є:

- фізичні симптоми: втома, фізична стомлюваність, виснаження; недостатня тривалість сну, безсоння тощо, аж до психосоматичних проблем (під-



вищення артеріального тиску, головний біль, неврологічні розлади);

- емоційні симптоми: брак емоцій; песимізм, цинізм і негативізм стосовно пацієнтів і колег; відчуття безпорадності та безнадійності; агресивність, дратівливість та ін.;
- поведінкові симптоми: постійна втома і бажання відпочити під час роботи; виправдання вживання тютюну, алкоголю, лікарських засобів тощо;
- інтелектуальні симптоми: зниження інтересу до нових теорій та ідей в роботі, альтернативних підходів до вирішення проблем; надання переваги шаблонам; цинізм або байдужість до нововведень; формальне виконання роботи тощо;
- соціальні симптоми: низька соціальна активність; зниження інтересу до дозвілля, захоплені; соціальні контакти обмежуються роботою.

Щоб уникнути синдрому емоційного вигорання, Б. Голдовський порадив дотримуватися наступних правил:

- намагатися розраховувати й обдумано розподіляти навантаження;
- навчитися переключатися з одного виду діяльності на інший;
- простіше ставитися до конфліктів на роботі;
- уникати конкуренції — не намагатися завжди і в усьому бути першим, кращим тощо.



**Юрій Марков**, кандидат медичних наук, доцент кафедри медичних невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика, представив результати власного ретроспективного дослідження аналізу

роботи КМКЛ ШМД у період 2003–2012 рр. з позиції висвітлення черговості у наданні пацієнтам ЕМД на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Усього на базі КМКЛ ШМД розгорнуто 710 ліжок (2008–2012 рр.), з яких 81,7% — хірургічного, решта — терапевтичного профілю. Ю. Марков зауважив, що питома вага ліжок реанімації та інтенсивної терапії наразі становить 6,9%, водночас рекомендованим є рівень 10% — у цьому аспекті є нагальна потреба у відповідних заходах з метою нарощування цього показника.

КМКЛ ШМД забезпечена висококваліфікованими кадрами: питома вага лікарів вищої категорії серед його працівників досягає 47,5%, ще ≈10% мають науковий ступінь; серед середнього медичного персоналу 52,8% працівників мають вищу атестаційну категорію. За 10 років, які проаналізовано у ході дослідження, у вищевказаному закладі отримали лікування >373 тис. хворих, із них >190 тис. прооперовано. Значний рівень цих показників пов'язаний з тим, що заклад цілодобово

ургентності. При цьому середнє значення загальної летальності становить 3,52%, що є зіставним із загальноєвропейськими показниками з урахуванням того, що допомога надається клінічно складному контингенту.

Також проаналізовано порядок надходження пацієнтів до КМКЛ ШМД: 67,4% надійшли у порядку ЕМД, 20,8% — за направленням амбулаторно-поліклінічних закладів, 11,8% — через самозвернення. Говорячи про надання медичної допомоги у приймальному відділенні та госпіталізацію хворих, Ю. Марков звернув увагу на той факт, що до лікарні госпіталізовано лише 77,4% пацієнтів, а у 22,6% випадків йдеться про відмову від госпіталізації. Із них 54,5% — після обстеження, надання допомоги і направлення на амбулаторне лікування, 24,7% — після надання першої медичної допомоги, 8% направлені у медичні заклади іншого профілю, у 13,8% були відсутні показання до госпіталізації. При обговоренні цього питання коментатори з числа учасників симпозиуму погодились з доповідачем у тому, що в даному випадку гіпердіагностика є кращою за гіподіагностику, і такі показники є в принципі допустимими у роботі лікарень ШМД.



Також у рамках симпозиуму були розглянуті питання можливостей інфузійної терапії на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі. Цю тему підняв **Олександр Галушко**, кандидат медичних наук, доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, який доповів про результати власного дослідження — опитування лікарів різних спеціальностей, які проводять інфузійну терапію (n=982). З усіх респондентів лише 11% повністю задоволені рівнем своїх знань щодо інфузійної терапії, 68% — задоволені частково, 21% — не задоволені; 53,8% лікарів абсолютно не задоволені рівнем підготовки середніх медичних працівників щодо цього питання. Незадовільні результати продемонстровані стосовно забезпечення розчинами для інфузій: лише 33% лікарів відповіли позитивно на це питання, ще 29% забезпечені частково, а 38% — не забезпечені. Аналогічна ситуація склалася й щодо можливості лікарів провести лабораторне дослідження рівня електролітів у плазмі крові пацієнтів: у будні дні вдень не мають змоги це зробити 63% респондентів, а в нічний час та у вихідні дні — 74%. Контроль інших макро- і мікроелементів доступний лише для 3% лікарів, а 78% можуть проводити такий аналіз лише із залученням приватних лабораторій.

Респонденти мали змогу також внести пропозиції щодо покращання стану інфузійної терапії у своєму стаціонарі та вза-

галі в Україні. Серед найбільш поширених пропозицій були: забезпечення достатньої кількості розчинів у відділенні; промисловий випуск гіпертонічного розчину (10% розчину хлориду натрію) та форм для застосування в педіатрії (у флаконах по 100 мл); розробка клінічних протоколів та вдосконалення освітніх програм з вищевказаної спеціальності; поліпшення умов для проведення інфузій у автомобілях ШМД; вдосконалення лабораторної бази; забезпечення стаціонарів технічними засобами для проведення інфузійної терапії (інфузоматами).



У доповіді **Олега Мазуренка**, кандидата медичних наук, доцента кафедри медицини катастроф НМАПО імені П.Л. Шупика, був представлений План координації та взаємодії екстреної медичної

допомоги як ключовий компонент збереження життя та здоров'я постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій. О. Мазуренко та його колеги проаналізували 34 плани реагування органів і закладів охорони здоров'я різних країн світу, провели оцінку відповідності їх компонентів рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я та дослідили досвід подолання 84 катастроф природного характеру міжнародного рівня. Доповідач докладно розповів про основні частини такого плану та пояснив їх зміст, користуючись прикладом подій 18–21 лютого 2014 р. Також він зауважив, що в цілому всі розглянуті у рамках дослідження плани, у тому числі й затверджені в Україні, базуються на однакових принципах і загалом є подібними, що зумовлено сформованим у міжнародній спільноті єдиним поглядом на організацію взаємодії медичних служб та закладів в умовах надзвичайної ситуації.

Симпозиум наочно продемонстрував значну активність молодого покоління наукової медичної спільноти: з доповідями (зокрема за результатами власних досліджень) виступили **Дмитро Дзюба**, кандидат медичних наук, асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика («Знеболювання пацієнтів при невідкладних станах»); **Ірина Кіт**, старший лаборант кафедри невідкладних станів НМАПО імені П.Л. Шупика («Сучасні аспекти надання невідкладної медичної допомоги при гострій цереброваскулярній недостатності»), та інші молоді вчені. Взагалі за 2 дні роботи симпозиум зібрав більше 400 представників різних лікарських спеціальностей — фахівців служб ЕМД, неврологів, кардіологів, хірургів, лікарів сімейної медицини — і надав як практичним лікарям, так і науковцям можливість ділового спілкування та плідної співпраці.

*Аліна Жигунова,  
фото автора*