

УДК 614.2:614.88:006.074

DOI: 10.22141/2224-0586.2.89.2018.126616

Васкес Абанто Х.Э.

Центр первичной медико-санитарной помощи № 2, г. Киев, Украина

Врач неотложной помощи о текущей стандартизации в медицине страны

Резюме. Противоречия и препятствия в процессе стандартизации в медицине связаны со множеством причин, в частности с приказным подходом (вместо консенсусного) правительственных чиновников относительно использования международных рекомендаций избранных ими организаций. В странах Европы и Америки, откуда в основном распространяются современные руководства (Guidelines), существует вполне предсказуемый разрыв между данными рекомендациями и реальной клинической практикой. Исходя из такой реальности и с целью максимального их приближения к практической медицинской деятельности, на их основе разрабатываются национальные протоколы ведения пациентов по отдельным патологиям и синдромам. Автоматическое внедрение «универсальных» международных протоколов и стандартов невозможно, необходимо адаптировать их к реалиям любой страны (не отдаляясь при этом от рекомендательного характера). Догматическое отношение к медицинским стандартам грозит искусственным превращением медицины в «точную науку», для которой достаточно следовать протоколам, а врачебные размышления и индивидуальные особенности пациента являются только помехами. Во времена очередных политических перемен и попыток реформирования системы здравоохранения Украины практикующему врачу нужно, по мнению автора, четко осознать важную роль медицинских стандартов и протоколов в неразрывной связи с его размышлениями и интуицией, основанными на опыте и знаниях.

Ключевые слова: стандартизация медицины; лечить по протоколам; реформа и медицинские стандарты; реформа неотложной помощи

Введение

Процессы стандартизации медицинской деятельности в Украине, а также изучение международных клинических рекомендаций (КР), обозначенных сегодня Министерством здравоохранения (МЗ) как «новые клинические протоколы медицинской помощи», вдохновили автора провести комплексное исследование публикаций по вопросам стандартизации в стране и за рубежом, изучить ряд действующих международных КР и руководящих принципов/руководств (Guidelines), доступных в открытых источниках в Интернете (в т.ч. с учетом рекомендованных источников в приложении 4 к Приказу МЗ Украины № 1422 от 29.12.2016 г.), проверить обновления украинских нормативно-правовых актов в сфере стандартизации медицинской деятельности, до-

ступных на официальных сайтах МЗ и Верховной Рады Украины. Отдельное внимание при этом было уделено материалам МЗ Украины «Как внедрять новые клинические протоколы: инструкция для врачей 1/4, 2/4, 3/4, 4/4» (от 19–22 декабря 2017 г.) в разделе «Медицинским работникам» (www.moz.gov.ua).

Реформа любой отрасли способна порождать революционные идеи, которые при их адаптации к требованиям современного общества, экономико-политическим реалиям и законодательству страны имеют право на существование. Один из модных лозунгов последнего десятилетия во многих странах постсоветского пространства связан со стандартизацией медицинской деятельности и в руках реформаторов на практике часто выглядит так: «Ломать — не строить!» [9, 16].

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina neotložnyh sostoánij»), 2018

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для корреспонденции: Васкес Абанто Х.Э., Центр первичной медико-санитарной помощи № 2, ул. Тимошенко, 14, г. Киев, 02000, Украина; e-mail: est-vasquez@i.ua
For correspondence: Abanto J.E. Vásquez, Primary Health Care Centre 2, Tymoshenko st., 14, Kyiv, 02000, Ukraine; e-mail: est-vasquez@i.ua

Противоречия и препятствия в ходе стандартизации в медицине связаны со множеством причин, в частности с приказным подходом (вместо консенсусного и взвешенного подхода, основанного не только на автоматическом внедрении/разрешении) правительственных чиновников к использованию международных рекомендаций избранных ими организаций. Опыт и мнение ведущих руководителей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), ученых и рядовых медиков могут оказаться решающими в таком весьма ответственном и историческом мероприятии [38, 39].

Достаточно уместно в этой связи 4-е положение Ереванской декларации о последовательном продвижении принципов доказательной медицины (ДМ) «Доказательная медицина в Армении: миф или реальность?» (18–20 октября 2012 г.), в котором отмечено [12]: «Низкий уровень информационной грамотности создает почву для процветания в медицинском сообществе некомпетентности... Некомпетентность чиновника проявляется в неспособности организовать процесс подготовки директивных документов на основе прозрачных процедур и синтеза доброкачественных научных данных...» (www.medlib.am, www.osdm.org).

На самом деле создается впечатление, что чиновники и реформаторы делают ставку на информационную неграмотность рядового врача и населения. Вопросы стандартизации медицины и системы здравоохранения (СЗ) в целом затрагивают широкий круг компонентов, интересов и возможностей. Во-первых — это системный механизм, включающий нормативно-правовые (начиная с конституции страны), социально-экономические и политические составляющие. Во-вторых — это навязывание дилеммы: руководствоваться только стандартами (протоколами и алгоритмами) клинического решения или только практическим опытом и возможностями индивидуального профессионализма (совершенствования, размышлений и интуиции) врача [2, 4].

КР по сути не являются юридическим документом (а скорее являются инструментом, помогающим врачам принять оптимальное клиническое решение), и их выполнение полностью зависит от желания (что, в свою очередь, зависит от реального опыта и уровня медицинской подготовки) практикующего профессионала и ресурсов/инфраструктуры конкретного ЛПУ и местности. Строгая приверженность стандартам сопряжена не только с определенными рисками и непредсказуемыми последствиями как для врача, так и для пациента, но и «медицина как наука и искусство» может существенно пострадать, а для истинных профессионалов отрасли это недопустимо [5, 40].

По мнению профессионалов практической медицины, международные КР рассчитаны на определенный (международный) уровень развития медицины, на достаточное обеспечение СЗ ресурсами, специфические реалии местности их разработки, на определенный контингент населения. КР — это

больше, чем просто декларативные документы, а потому их внедрение (и совсем не разрешение!) в других странах потребует, кроме управленческих и интеллектуально-финансовых затрат, значительных усилий по адаптации. Перевод (профессионально-медицинский) зарубежных КР — это государственное дело, на основе которого должны разрабатываться национальные протоколы ведения пациентов (а если профессионально подойти к этим вопросам, то такие протоколы должны носить рекомендательный характер!).

В странах Европы и Америки, откуда в основном распространяются современные КР, существует вполне предсказуемый разрыв между данными КР и реальной клинической практикой. Исходя из такой реальности и с целью максимального приближения этих КР к практической медицинской деятельности, на их основе разрабатываются национальные протоколы ведения пациентов по отдельным патологиям и синдромам. На примере рекомендаций ACC/АНА 2017 и ESH/ESC 2013 г. мы можем видеть, что различия в классификации артериальной гипертензии (АГ) являются доказательством того, что невозможно автоматическое внедрение «универсальных» международных протоколов и стандартов, необходимо адаптировать их к реалиям любой страны (не отдаваясь при этом от рекомендательного характера) [5, 29, 30].

Нормативно-правовые решения соответствующих ведомств любой страны не могут быть анонсированы только с целью формального, показного процесса стандартизации СЗ. Нужные перемены реформирующего характера должны иметь, кроме громких лозунгов, серьезную научно обоснованную и профессиональную базу, заранее отраженную в программе реформ. Это означает, что немислимо разрушать существующие структуры и направления, не имея при этом реальных альтернатив как относительно ранее выполненных задач (пусть в другом качестве и объеме), так и относительно судьбы квалифицированных человеческих ресурсов [10, 15].

Процесс стандартизации в некоторых странах постсоветского пространства выглядит достаточно однотипно: МЗ отчитывается (отписывается) перед правительством путем создания соответствующих «показных и противоречивых» приказов, чиновники различных уровней, не обладая необходимой компетентностью, разрешают (иногда и разрабатывают документы) использование международных рекомендаций (по их понятию — универсальные клинические протоколы и/или стандарты, которые были и остаются свободно доступными широкой медицинской общественности), рядовые врачи, прекрасно осознавая показной характер происходящего, продолжают работать так, как ситуативно требуется в конкретном ЛПУ [37].

Низкий уровень информационной грамотности и опасения практикующих врачей, которые так и не могут разобраться, что на самом деле будет правильным клиническим решением с право-

вой точки зрения, остаются главными спутниками непрофессиональных процессов стандартизации. Рядовой врач часто стоит перед выбором: работать по протоколу, многие положения которого изначально не могут быть выполнены, но при этом будет меньше проблем с руководством (при этом интересы пациента могут и не быть учтены), или же работать по своему профессиональному усмотрению и возможностям (согласно выделяемым ресурсам и инфраструктуре). В обоих случаях высока вероятность допущения врачебной ошибки, и практикующий врач будет, естественно, крайним (юридически не защищенным) в любом случае. Если учесть социальную незащищенность и нищенскую зарплату, отсутствие мотивации к профессиональному непрерывному развитию, то вполне понятно неприятие большинством врачей каких-либо инноваций в лечебно-профилактическом процессе [8, 25].

Таким образом, складывается ситуация, когда ни чиновникам и ответственным за реформы СЗ, ни руководителям ЛПУ, ни практикующим врачам внедрение стандартизации в медицине абсолютно невыгодно в первую очередь по социально-экономическим, юридическим и личностно-коммуникационным причинам [26, 27]. Вполне естественно, что вопрос об улучшении качества медицинской помощи (КМП) потенциальным потребителям медицинских услуг выглядит достаточно сомнительным.

Новая волна стандартизации украинской медицины

Современную медицинскую деятельность практически невозможно развивать без знания основ законодательства страны, ДМ и адаптированной ко времени концепции этики. Это значит, что для медика XXI столетия, врача в частности, расширяется круг научных интересов: свою узкую специальность он вынужден изучать и совершенствовать в неразрывной связи с нормативно-правовыми требованиями, новыми доказательствами и данными, этикой и деонтологией современного типа [6, 7].

В новой волне реформ СЗ Украины чиновники должны акцентировать свое внимание на экономических и прочих составляющих вопросов стандартизации, которые естественным образом затрагивают первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Еще в начале октября 2016 г. в новостях громко была объявлена инициатива МЗ страны в виде 8 элементов реформы экстренной медицинской помощи, которые новая команда реформаторов отрасли планировала внедрять с целью перевода украинской медицины на западные стандарты [20]. Среди прочих под номером 6 указывалось «Внедрение протоколов оказания неотложной помощи, основанных на доказательной медицине». В этой публикации уточнялось: «*Следует осуществить переход от медицины, основанной на авторитете (eminent based), к медицине, основан-*

ной на доказательствах (evidence based), а для этого первый шаг — это утверждение западных источников протоколов, ведь украинские протоколы сегодня противоречат им» [28].

Стандартизация в медицине как комплекс мероприятий, направленных на унификацию медицинских подходов в целях их добровольного многократного использования, в настоящее время является хорошим инструментом работы врача. На уровне ПМСП стандарты и протоколы призваны минимизировать ненужные, с точки зрения срочности и неотложности, профессиональные действия с целью оптимизации экстренной медицинской помощи «в интересах пациента» [11, 31].

В связи с этим базисными международными нормативными стандартами медицинской деятельности уверенно можно считать следующие документы Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) (подробнее о нормативных вопросах в медицине в книге «Медицина — наука и искусство в рамках закона») [5, 40]:

— Женевская декларация (1948 г.) — см. «Клятва врача» на сайте МЗ Украины [19];

— Международный кодекс медицинской этики (1949 г.);

— Декларация относительно независимости и профессиональной свободы врача (1986 г.) [34].

Украинская нормативно-правовая база системы стандартизации применительно к медицине неотложных состояний объединяет сегодня множество документов, из которых можно выделить следующие приказы МЗ Украины [5, 20]:

— № 181 от 21.04.05 «Об утверждении протоколов предоставления медпомощи детям по специальности «детская отоларингология»» (данный документ изменяется приказами МЗ Украины № 85 от 11.02.16 и № 449 от 25.06.09);

— № 384 от 24.05.12 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при артериальной гипертензии»;

— № 751 от 28.09.12 «О создании и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Украины» (данный документ изменяется приказом МЗ Украины № 1422 от 29.12.16);

— № 34 от 15.01.14 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации экстренной медицинской помощи» (взамен приказа МЗ Украины № 24 от 17.01.05);

— № 310 от 08.05.14 «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Украины»;

— № 455 от 02.07.14 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST»;

— № 499 от 16.07.14 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при гриппе

и острых респираторных инфекциях» (данный документ изменяется приказом МЗ Украины № 85 от 11.02.16);

— № 1039 от 31.12.14 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при коинфекции (туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД)»;

— № 85 от 11.02.16 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при острых воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и уха» (данным документом изменяются приказы МЗ Украины № 499 от 16.07.14 и № 181 от 21.04.05);

— № 152 от 02.03.16 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при стабильной ишемической болезни сердца» (данный документ изменяется приказом МЗ Украины № 994 от 23.09.16);

— № 163 от 03.03.16 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST»;

— № 612 от 21.06.16 «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации экстренной медицинской помощи»;

— № 994 от 23.09.16 «О внесении изменений в приказы Министерства здравоохранения Украины» (данным документом изменяются приказы МЗ Украины № 353 от 13.04.16 и № 152 от 02.03.16);

— № 1422 от 29.12.16 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Украины от 28 сентября 2012 № 751» (данным документом изменяется приказ МЗ Украины № 751 от 28.09.12).

Со вступлением в силу 28 апреля 2017 г. приказа МЗ Украины № 1422 от 29.12.2016 г. СЗ страны приступила к очередной попытке, после 2012 г., реформирования подхода к стандартам и протоколам в медицине: *«Новый клинический протокол медицинской помощи — клиническое руководство, выбранное Министерством здравоохранения Украины для применения на территории Украины как клинический протокол без прохождения процедуры его адаптации; определяет процесс оказания медицинской помощи при определенном заболевании; утверждается Министерством здравоохранения Украины как текст нового клинического протокола или ссылка на источник его размещения или публикации»* (см. Приказ № 1422 МЗ Украины).

Новые клинические протоколы медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (унифицированные клинические протоколы медицинской помощи) разработаны на основе адаптированных руководств (КР) как источники доказательной информации о наилучшей медицинской практике и призваны, по мнению ответственных за реформы СЗ в Украине, защищать практикующего врача и расширять его права [18, 22]. «Мы разрешаем грамотному, читающему врачу внедрять и применять международные стандар-

ты лечения. Приказ не запрещает, не отменяет, он разрешает. Мы признаем тем самым доказательную медицину, медицину Европы, Америки, Австралии. Этот приказ является своеобразной защитой для грамотного врача, который будет иметь возможность применять международные протоколы. До сих пор такого права не было. Несмотря на прогресс западной медицины, наш врач был вынужден выполнять протоколы украинские, которые зачастую содержали и коррупционные составляющие и элементы средневековья, предрассудки и несовершенства постсоветской медицины», — заявил А.В. Линчевский, заместитель министра здравоохранения Украины.

Доктор Е.О. Комаровский в интервью 10 ноября 2017 г. выразился так: «Дурак опасен именно без протокола». Стоило бы уточнить у д-ра Комаровского, относится ли «грамотный, читающий врач» (по А.В. Линчевскому) к дуракам. Вероятно, чем ниже уровень подготовки (а возможно, и опыта, не зависящего от количества отработанных лет) практикующего врача, тем более оправданно использование протоколов и стандартов [3, 14].

Вопрос об использовании стандартов и протоколов сейчас стал предметом дискуссии в стране, о чем свидетельствуют комментарии практикующих врачей по поводу действий и деклараций МЗ [1, 13]. Медицинская работа в условиях новой эпохи стандартизации будет очень трудной и противоречивой; в конечном счете участники медицинских взаимоотношений (начиная с государства) будут стараться переложить всю тяжесть перемен и вероятных недостатков на плечи рядового медика. Уже сейчас громкими заявлениями чиновников анонсируются планы лишать лицензии (которую нужно будет получить индивидуально!) врачей, не выполняющих требования протоколов (а по заявлениям тех же чиновников они «разрешаются к использованию»), а их зарплата будет определяться результатами лечения [24, 38, 41].

По итогу такого бурного очередного начала стандартизации представляется картина достаточно мрачная, а вывод нетрудно сделать хотя бы на основании следующих положений:

— Приказ МЗ Украины № 49 от 02.02.11 «Об утверждении лицензионных условий осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике», ст. 2.7 (Учреждение здравоохранения должно: а) утвердить в установленном законодательством порядке: локальные клинические протоколы (маршруты пациентов) согласно клиническим протоколам и медицинским стандартам, утвержденным МЗ Украины) — приказ требует применения локальных клинических протоколов;

— Приказ МЗ Украины № 751 от 28.09.12 «О создании и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Украины», ст. 7 (Признать утратившими силу пункт 3 приказа Министерства здравоохранения Украины от 27 июля 1998 года № 226 «Об утверж-

дении Временных отраслевых унифицированных стандартов медицинских технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины и Временных стандартов объемов диагностических исследований, лечебных мероприятий и критериев качества лечения детей» и приказ Министерства здравоохранения Украины от 27 сентября 2010 года № 819 «О разработке, апробации и внедрении медико-технологических стандартов и нормативов в области здравоохранения» — приказом аннулируются локальные клинические протоколы;

— Приказ МЗ Украины № 310 от 08.05.2014 «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Украины», ст. 1 (Признать утратившими силу: 7) приказ Министерства здравоохранения Украины от 27 июля 1998 года № 226 «Об утверждении Временных отраслевых унифицированных стандартов медицинских технологий лечебно-диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины и Временных стандартов объемов диагностических исследований, лечебных мероприятий и критериев качества лечения детей»; 14) приказ Министерства здравоохранения Украины от 28 декабря 2002 года № 507 «Об утверждении нормативов оказания медицинской помощи и показателей качества медицинской помощи») — приказом аннулируются приказы МЗ № 226 (стационар) и № 507 (амбулаторная помощь), т.е. локальные протоколы;

— Постановление КМ Украины № 285 от 02.03.16 «Об утверждении Лицензионных условий осуществления хозяйственной деятельности по медицинской практике», условие 12 (Субъект хозяйствования, который является учреждением здравоохранения: 1) должен иметь утвержденные в установленном законодательством порядке локальные протоколы (маршруты пациентов) по клиническим протоколам и стандартам медицинской помощи (медицинские стандарты), утвержденные Минздравом, или действовать на основании унифицированных клинических протоколов, утвержденных МЗ) — постановление требует от «субъекта хозяйствования» применения локальных клинических протоколов, утвержденных МЗ Украины, или действий на основании унифицированных клинических протоколов, утвержденных МЗ Украины;

— Приказ МЗ Украины № 1422 от 29.12.16 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Украины от 28 сентября 2012 года № 751», изменение 4 — пункт 3.10 изложить в следующей редакции: «Разработка клинического маршрута пациента. «Клинический маршрут пациента содержит алгоритм движения пациента по подразделениям УЗ, пунктам контактов с врачами и другим медицинским персоналом в процессе оказания медицинской помощи, а также при не-

обходимости взаимодействия между УЗ при оказании медицинской помощи с целью выполнения требований стандарта, унифицированного клинического протокола медицинской помощи и нового клинического протокола медицинской помощи. Клинический маршрут пациента разрабатывается в произвольной форме с учетом особенностей соответствующего УЗ (ЛПУ). С целью разработки клинического маршрута пациента в соответствии с новым клиническим протоколом медицинской помощи УЗ осуществляет перевод такого протокола на украинский язык в случае отсутствия утвержденного МЗ Украины текста на украинском языке» — приказом практически возлагается на ЛПУ задача перевода нового клинического протокола медицинской помощи на украинский язык при отсутствии утвержденного текста МЗ на украинском языке.

Грустно признать, что приказом № 751 от 28.09.2012 г. украинская медицина с того же 2012 г. официально была согласована с европейской методикой адаптации клинических руководств и разработки клинических протоколов на основе ДМ (по результату работы двух проектов ЕС «Поддержка развития системы медицинских стандартов в Украине» 2004–2006 гг. и «Содействие реформе вторичной медицинской помощи в Украине» 2007–2009 гг). В результате такого сотрудничества было создано 93 адаптированных КР, рекомендованных в качестве источника лучшей клинической практики, и 123 унифицированных клинических протокола медицинской практики [24, 42]. На основе таких КР и унифицированных клинических протоколов были разработаны унифицированные клинические протоколы медицинской помощи (УКПМП) при гепатитах В и С, гриппе и острых респираторных заболеваниях (ОРЗ), ВИЧ, коинфекции ВИЧ/туберкулез и прочие протоколы (локальные), в соответствии с приказами МЗ № 226 (стационар) и № 507 (амбулаторная помощь) [15, 25].

Итак, с одной стороны нынешние нормативные требования противоречивы сегодня настолько, что делают медицинскую практику не соответствующей законодательству (к примеру, отсутствие локальных протоколов) и реальной жизни, а с другой — нишенское и незащитное существование рядовых медиков становится еще заметнее, но это уже никому не интересно [13, 16, 17]. Разрушается то «плохое» (по мнению чиновников), что было, но при этом не предлагается (не на словах, а «реальной инфраструктурой») ничего взамен. «Профессионально-медицинский перевод» на украинский язык разрешенных КР (международных стандартов лечения) не может быть возложен на плечи ЛПУ, т.к. это грозит появлением целого отделения по адаптации зарубежных КР при каждом из тех же ЛПУ.

МЗ Украины в своем Приказе № 1422 от 29.12.2016 г. приводит перечень ресурсов в качестве источников КР на уровне унифицированных протоколов Украины (табл. 1).

**Таблица 1. Перечень источников клинических руководств
(адаптировано из приложения 4 к Приказу МЗ Украины № 1422 от 29.12.2016)**

Тип клинического руководства	Название базы	Интернет-адрес
Универсальные	Up To Date	http://www.uptodate.com
	BMJ Clinical Evidence	http://clinicalevidence.bmj.com
	Medscape from WebMD	http://www.medscape.com
	National Guideline Clearinghouse	https://www.guideline.gov
	Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	https://www.cdc.gov
	The Cochrane Collaboration The Cochrane Library	http://www.cochrane.org
	Clinical Knowledge Summaries (CKS)	http://prodigy.clarity.co.uk
Национальные	The Finnish Medical Society Duodecim	https://www.duodecim.fi
	The Association of the Scientific Medical Societies in Germany	http://www.awmf.org
	The French National Authority for Health	http://www.has-sante.fr
	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk
	Canadian Medical Association InfoBase (CMA InfoBase: Clinical Practice Guidelines (CPGs))	http://www.cma.ca
	The National Health and Medical Research Council (NHMRC)	https://www.nhmrc.gov.au
	Royal College of Physicians	https://www.rcplondon.ac.uk
	AMA (American Medical Association)	https://www.ama-assn.org
	American Academy of Family Physicians	http://www.aafp.org/home.html
	American Academy of Pediatrics Policy (AAP Policy) Clinical Practice Guidelines	https://www.aap.org
	European Pediatric Association, the Union of National European Pediatric Societies and Associations (EPA/UNEPSA)	http://www.epa-une psa.org
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)	American College of Cardiology	http://www.acc.org
	American Heart Association	http://news.heart.org
	European Society of Cardiology	http://www.escardio.org
Травма	Brain Trauma Foundation (BTF)	https://www.braintrauma.org http://www.trauma.org
	Eastern Association for the Surgery of Trauma	https://www.east.org
	Western Trauma Association	https://westerntrauma.org
Онкозаболевания	National Comprehensive Cancer Network	https://www.nccn.org
	The European Society for Medical Oncology	http://www.esmo.org
Неотложная медицинская помощь (НМП)	American College of Emergency Physicians	https://www.acep.org
	The National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)	http://www.naemt.org
	The National Association of State EMS Officials	https://nasemso.org
	The European Society for Emergency Medicine	http://eusem.org

Примечание: в данном перечне отсутствует ссылка на такую влиятельную организацию в системе НМП в вопросах сердечно-легочной реанимации (СЛР), как Европейский совет по реанимации/European Resuscitation Council (ERC, www.erc.edu). Этот список, рекомендованный МЗ Украины, вероятно, будет дополнен в будущих пересмотрах.

На основании решений чиновников МЗ Украины, отраженных в упомянутом выше приказе № 1422, избранные для утверждения руководства (КР), как новые клинические протоколы, должны быть разработаны:

- национальными и/или профессиональными медицинскими ассоциациями стран — членом ЕС (членство определяется по состоянию на 1 января 2017 г.), США, Канады и Австралийского Союза;

- по существующим методикам и базироваться на ДМ;

- на английском и/или украинском языке.

В статьях «Как внедрять новые клинические протоколы: инструкция для врачей 1/4, 2/4, 3/4, 4/4» (на сегодня доступны на официальном сайте МЗ Украины, в разделе «Медицинским работникам») медики страны могут самостоятельно анализировать не только позицию чиновников МЗ, но и применение действующего законодательства относительно вопросов сегодняшней стандартизации (www.moz.gov.ua). Изученные автором нормативно-правовые акты могут служить минимальной базой для индивидуального анализа этих и других вопросов современной медицинской практики.

Медицинская стандартизация в мире как пример для подражания

Слишком просто выглядит реформирование СЗ путем автоматического внедрения/«разрешения» КР авторитетных международно признанных медицинских ассоциаций (которые независимо от всяческих разрешений являются рабочим инструментом большинства современно практикующих медиков), выдаваемое за некое достижение и сопровождающееся заявлениями типа «это происходит впервые в Украине!», «медики в стране не воспринимают нового и не способны учиться» и т.д. Рядовые медики, как оказалось (со слов представителей МЗ Украины), являются «главными коррупционерами» в стране [42].

Для достижения соответствующего уровня лечения СЗ в передовых странах мира (Европы и Америки в частности) в первую очередь обеспечивается ресурсами: надлежащим финансированием, оборудованием, медицинскими технологиями и соответствующими зарплатами медицинского персонала [4, 35, 36].

Международные рекомендации влиятельных медицинских организаций мира сейчас являются отражением ведущих клинических исследований и обширных обзоров в рамках ДМ, принимающих во внимание разнообразные, а иногда и противоречивые клинические данные профессионалов-медиков многих стран (к примеру: «Классификация АГ» согласно действующим рекомендациям ESH/ESC 2013 г. и классификация ACC/AHA 2017 г.). Трудно не заметить в этих международных руководствах их рекомендательный характер, который в некоторых странах государственные чиновники и руководители на местах всячески пытаются не учитывать. Непрофессиональное отношение к

этим вопросам в медицинской среде может быть причиной роста конфликтов и необоснованных наказаний рядовых практикующих врачей, тем более если эти врачи относятся к категории медиков, для которых «медицина как наука — это искусство», где необходимо «действовать не ради протокола и для успокоения руководителей, а в интересах пациента» [5, 11].

Вероятно, именно профессиональный подход к вопросам стандартизации в медицине повлиял на то, что в действующих КР Национального института здравоохранения и усовершенствования медицинского обслуживания (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) было указано [42]: «Применение рекомендаций, содержащихся в этом руководстве, не является обязательным, и оно не отменяет ответственности специалистов в области здравоохранения по принятию решения по конкретному пациенту... Местные провайдеры должны делать это в контексте местных и национальных приоритетов в области финансирования и развития услуг».

На уровне ПМСП, в т.ч. в медицине неотложных состояний, проблемы, связанные с непосредственной патологией (АГ, гипертонический криз, острый коронарный синдром, ОРЗ и т.д.) у конкретного пациента, часто осложняются отсутствием коллегиальности и элементарной профессиональной этики со стороны некоторых коллег из задействованных служб, а также спецификой интерпретации медицинских протоколов и стандартов: для одних профессионалов-медиков это отличное дополнительное средство для медицинской работы, а для других — обязательный инструмент к использованию [5, 32]. Различия в подходах к применению протоколов и стандартов в медицине свидетельствуют о невозможности строго обязательного привязывания работы врача к определенному стандарту действий и манипуляций, особенно в экстренной медицине. Догматическое отношение к медицинским стандартам грозит искусственным превращением медицины в «точную науку», для которой достаточно следовать протоколам, а врачебные размышления и индивидуальные особенности пациента являются только помехами [3, 18]. Общие требования к этико-деонтологическому поведению и клиническому подходу профессионала-врача могут оказаться решающими в данных спорах, а тут никак нельзя игнорировать ведущую роль ВМА и основных ее вышеназванных деклараций [7, 40].

МЗ Украины активно подчеркивает сегодня необходимость внедрения на уровне ПМСП наряду с международными стандартами лечения системы Международной классификации первичной медицинской помощи (International Classification of Primary Care/ICPC-2), разработанной Международным классификационным комитетом WONCA/Всемирной организацией семейных врачей (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) и впервые опубликованной в

1987 г. Второй вариант данной классификации был принят ВОЗ [21, 33]. На сайте МЗ подчеркивается, что WONCA (с которой МЗ подписало в начале 2017 г. соглашение по лицензионному использованию ICPC-2 в общей практике) объединяет более 500 000 семейных врачей со всего мира, а успешное полное или частичное внедрение этой системы классификации на сегодня используют в своей практике около 250 000 семейных врачей (получается примерно 50 % тех же членов!). Также МЗ указывает на преимущества ICPC-2 перед имеющейся МКБ-10, а именно [21]: «*ICPC-2 позволяет кодировать причину каждого отдельного обращения пациента к врачу. Это единственная система, которая позволяет классифицировать не только болезни, но и симптомы. Система состоит из трех основных частей: 1. Причина обращения пациента к врачу (чаще всего это определенные жалобы, консультации по поддержке здоровья или оценка результатов анализов). 2. Диагноз (как видит проблему семейный врач). 3. Действия (что необходимо сделать в конкретной ситуации — направление на дополнительные методы обследования или направление на вторичное звено к специалисту)*».

Выводы

Во времена очередных политических перемен и попыток реформирования СЗ Украины практикующий врач должен, по мнению автора, принимать во внимание следующее.

1. Становится необходимым быть постоянно в курсе обновлений международных стандартов согласно рекомендациям МЗ Украины (см. «Как внедрять новые клинические протоколы: инструкция для врачей 1/4, 2/4, 3/4, 4/4» в разделе «Медицинским работникам») независимо от существующих ныне противоречий и препятствий.

2. Украинская нормативно-правовая база в сфере стандартизации системы медицинской помощи все больше адаптируется к международным КР. Это обязывает современного медика стремиться быть в курсе последних обновлений данных КР в пределах требований той или иной специальности, принятых сегодня соответствующими стандартами/новыми клиническими протоколами медицинской помощи в стране.

3. Стандарты и протоколы в медицине играют важную роль в работе врача и призваны объединить критерии и подходы. Однако на практике (при оказании помощи пациенту) врач не обязан безоговорочно действовать по каким-то расписанным требованиям, если его размышления и интуиция, основанные на опыте и знаниях (часто напрямую зависящие от реальных возможностей), говорят о другом.

4. «Медицина — наука и искусство в рамках закона», а значит, врач, профессионально подходящий к исполнению своих должностных обязанностей, призван выбирать приоритеты при контакте «врач-пациент», исходя в первую очередь из интересов пациента [5, 27]. В неотложной медицине,

когда деликатность состояния пациента и наличие минимального времени для оказания ему помощи в условиях множества недостатков и прочих препятствий требуют от врача решительных мер «здесь и сейчас», расписанный алгоритм действий иногда оказывается неприемлемым [35, 36, 41].

5. Именно в декларациях ВМА, принятых к исполнению мировой медицинской общественностью, подчеркиваются не только основы этики и деонтологии, но и необходимость независимости и профессиональной свободы врача как залога реального выполнения им своих должностных медицинских обязанностей (см. на сайте МЗ Украины, в разделе публичная информация: «Клятва врача») [19, 34].

Конфликт интересов. Автор подчеркивает, что все материалы, опубликованные от его имени, являются исключительно личным мнением и результатом собственных рассуждений, наблюдений и опыта, и не претендуют на то, чтобы читатели их разделяли. Указание места работы является всего лишь справкой об основной занятости. Автор также акцентирует внимание на отсутствии конфликта интересов, финансовых или личных взаимоотношений, которые неуместным образом могли бы влиять на его действия.

Список литературы

1. Анчишкин А. Привід: стаття Олександра Лінчевського «Найбагатіші люди виходять на демонстрації проти МОЗ» / А. Анчишкин. — URL: <https://www.facebook.com/groups/1663381727323535/permalink/1844034065924966/>
2. Васкес Абанто А.Э. *Здравоохранение и вопросы его финансирования* / Х.Э. Васкес Абанто // *Медицина неотложных состояний*. — 2014. — 3 (58). — С. 174-179.
3. Васкес Абанто Х.Э. *Вопросы диагностики и лечения заболеваний* / Х.Э. Васкес Абанто // *Новости медицины и фармации*. — 2012. — 9 (415). — С. 14-15.
4. Васкес Абанто Х.Э. *Какую систему здравоохранения выберет Украина?* / Х.Э. Васкес Абанто // *Мир медицины и биологии*. — 2013. — 4 (41). — С. 99-104.
5. Васкес Абанто Х.Э. *Медицина — наука и искусство в рамках закона* / Х.Э. Васкес Абанто. — К.: Альфа Реклама, 2017. — 334 с.
6. Васкес Абанто Х.Э. *Имидж медика: случайный стиль поведения или необходимый элемент самосовершенствования* / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто // *Качественная клиническая практика*. — 2015. — № 3. — С. 89-96.
7. Васкес Абанто Х.Э. *Медицина и мораль* / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто. — К.: Альфа Реклама, 2015. — 160 с.
8. Васкес Абанто Х.Э. *Кадровая политика в здравоохранении* / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес // *The European scientific and practical congress Scientific Achievements 2015 International scientific association «Science & Genesis»*. — Prague, 2015. — С. 58-64.
9. Васкес Абанто Х.Э. *Медицина, как она есть!* / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес. — К.: Альфа Реклама, 2015. — 228 с.

10. Васкес Абанто Х.Э. Современный менеджмент в здравоохранении / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес // *The Genesis of Genius*. — 2015. — № 4—1. — С. 78–83.
11. Васкес Абанто Х.Э. Технологизация и стандартизация в здравоохранении / Х.Э. Васкес Абанто, А.Э. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2015. — № 11—12. — С. 19–23.
12. Воробьев К.П. Ереванская декларация о последовательном продвижении принципов научно обоснованной медицины в странах СНГ / К.П. Воробьев // *Укр. мед. часопис*. — 2012. — № 6 (92) — С. 86–89.
13. Єрошкін О. Нав'язувати лікарям європейські протоколи без адаптації — нісенітниця. — URL: <http://www.vz.kiev.ua/>
14. Комаровский Е.О. Мы 26 лет растим ребенка, который не вылезает из болячек, усыхает на глазах. И виноваты в этом родители, то есть власть. — URL: https://sensor.net.ua/resonance/462134/evgeniy_komarovskiy_
15. Лехан В.Н. Реформа здравоохранения в Украине: ожидания и перспективы / В.Н. Лехан, С.Ф. Глузман // *Новости медицины и фармации*. — 2011. — 22 (350).
16. Богомолец О.В. Врачи уезжают в Беларусь, Литву, Польшу и Румынию. Целыми коллективами. — URL: <https://medprosvita.com.ua/bogomolets>
17. Медпросвіта: Верховна Рада відхилила використання міжнародних протоколів лікування. — URL: <https://medprosvita.com.ua/>
18. Медпросвіта: Протоколи потрібні МОЗ, а досвід лікаря потрібен пацієнту. — URL: <https://medprosvita.com.ua/>
19. МЗ Украины: Клятва лікаря. — URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_doctoroath
20. МЗ Украины: Міністерство охорони здоров'я розпочало реформу екстреної медичної допомоги. — URL: <https://www.kmi.gov.ua/ua/news/249383106>
21. МЗ Украины: Україна підписала угоду з Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA). — URL: <http://moz.gov.ua/article/news/>
22. УНІАН. С 28 апреля украинские врачи смогут официально лечить по международным протоколам. — URL: <https://health.unian.net/country/1893189>
23. Устинов А.В. Между первой и второй. Ход реформы здравоохранения в 2012 г. / А.В. Устинов // *Украинский медицинский журнал*. — 2012. — 5 (91).
24. Устинов А.В. Реальная зарплата врача может составлять 10–20 тыс. грн. / А.В. Устинов // *Український медичний часопис*. — 2011. — № 6 (86).
25. Фоменко А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А.Г. Фоменко // *Медицинские новости*. — 2011. — № 11. — С. 31–38.
26. Шилина С.В. Влияние современных экономических условий на медико-социальные факторы интерперсональных отношений «врач-пациент» / С.В. Шилина, Н.В. Путерская // *Материалы конференции, посвященной 75-летию Волгоградского государственного медицинского университета, 45-летию кафедры терапевтической стоматологии и 40-летию кафедры ортопедической стоматологии* / Под общ. ред. акад. В.И. Петрова. — Волгоград: Бланк, 2010. — Т. 67. — 248 с.
27. Щавелева М.В., Вальчук Э.А., Глинская Т.Н. Реформы здравоохранения: шаги к укреплению здоровья / М.В. Щавелева, Э.А. Вальчук, Т.Н. Глинская // *Медицинские новости*. — 2009. — № 13. — С. 29–31.
28. ЮРЛИГА. Минздрав начал реформу экстренной медицинской помощи. Новая команда Минздрава планирует перевести украинскую медицину на лечение по западным стандартам. — URL: <http://jurliga.ligazakon.ua/news/2016/10/7/151412.htm>
29. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *J. Hypertens*. — 2013. — 31 (7). — 1281–357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc.
30. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines // *J. Am. Coll. Cardiol*. — 2017. — 13. doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006
31. International Organization for Standardization (2013). About ISO. In ISO. — URL: <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
32. Lemp S., Calvo E. Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones // *Salud colectiva*. — 2012. — Vol. 8, № 1.
33. WHO. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). — URL: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>
34. WMA. Declaration on Physician Independence and Professional Freedom. Adopted by the 38th World Medical Assembly Rancho Mirage, CA, USA, October 1986 and rescinded at the WMA General Assembly, Santiago 2005. — URL: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/f9/index.html>, http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_326
35. www.itv.ru. Врач, в которого стрелял недовольный пациент в больнице Петербурга, скончался в реанимации. — URL: www.itv.ru/news/social/291784
36. www.20minutos.es. Más del 90 % de los médicos ha sufrido una agresión verbal o física en su vida profesional. — URL: <http://20minutos.es/noticia/2383814/0/>
37. www.epravda.com.ua. Зарплата семейных врачей после реформы составит 11 тысяч гривен. — URL: <https://www.epravda.com.ua/rus/news/2017/02/12/620611/>
38. www.gazeta.zn.ua. Медицинская реформа не состоится без опоры на медиков. — URL: https://zn.ua/HEALTH/petr_fomin_
39. www.gordonua.com. Тодуров: Пожелания медиков по медреформе даже не обсуждаются. Комментарии изданию «Гордон». — URL: <http://gordonua.com/news/politics/todurov>
40. www.medic.today. Всемирная медицинская ассоциация. — URL: <http://info.medic.today/load/1-1-0-18>
41. www.uduba.com. Я — врач, я должен исцелять. Но в реалиях современной жизни... — URL: <http://uduba.com/3154756/>
42. www.vz.kiev.ua. Новые клинические протоколы: триумф доказательной медицины или очередной хаос? — URL: <http://www.vz.kiev.ua/ru/>

Васкес Абанто Х.Е.

Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2, м. Київ, Україна

Лікар невідкладної допомоги про поточну стандартизацію в медицині країни

Резюме. Протиріччя і перешкоди в процесі стандартизації в медицині пов'язані з безліччю причин, зокрема з наказовим підходом (замість консенсусного) урядовців до використання міжнародних рекомендацій обраних ними організацій. У країнах Європи і Америки, звідки в основному поширюються сучасні керівництва (Guidelines), існує цілком передбачуваний розрив між цими рекомендаціями й реальною клінічною практикою. Виходячи з такої реальності і з метою максимального їх наближення до практичної медичної діяльності, на їх основі розробляються національні протоколи ведення пацієнтів за окремими патологіями і синдромами. Автоматичне впровадження «універсальних» міжнародних протоколів і стандартів неможливо, необхідно адаптувати їх до реалій

будь-якої країни (не віддаляючись при цьому від рекомендаційного характеру). Догматичне ставлення до медичних стандартів загрожує штучним перетворенням медицини в «точну науку», для якої досить слідувати протоколам, а лікарські роздуми й індивідуальні особливості пацієнта є тільки перешкодами. За часів чергових політичних змін і спроб реформування системи охорони здоров'я України практикуючому лікарю потрібно, на думку автора, чітко усвідомити важливу роль медичних стандартів та протоколів в нерозривному зв'язку з його роздумами і інтуїцією, заснованими на досвіді і знаннях.

Ключові слова: стандартизація медицини; лікувати за протоколами; реформа і медичні стандарти; реформа невідкладної допомоги

J.E. Vázquez Abanto

Primary Health Care Centre 2, Kyiv, Ukraine

Emergency physician on the current standardization of medicine in the country

Abstract. Contradictions and obstacles during the processes of standardization in medicine are associated with a great number of causes, in particular, with order approach (instead of consensus one) of governmental officials regarding the use of international guidelines of organizations selected by them. Clinical recommendations is an instrument helping physicians to make an optimal clinical decision, and their implementation fully depends on the desire of practicing professional and resources/infrastructure of specific health care center. Strict adherence to the standards is associated not only with certain risks and unpredictable consequences for both the doctor and the patient, but also medicine as a science and art can be seriously affected. In the countries of Europe and America, from where modern guidelines mainly spread, there is a fully predictable gap between these recommendations and real clinical practice. In view of such reality and with the purpose of their maximal approaching practical medical activity, on their basis, national protocols are developed for managing patients with separate pathologies and syndromes. Automatic introduction of universal international protocols and standards is impossible, and it is necessary to adapt them to the realities of any country (not avoiding the advisory nature). At the level of primary health care, standards and protocols are called to minimize “unnecessary”, in terms of urgency, professional actions in order to optimize emergency care “to the benefit of a patient”.

It is possible to consider the documents of the World Medical Association the base of international normative standards, in particular: Declaration of Geneva (1948), International Code of Medical Ethics (1949); Declaration on Physician Independence and Professional Freedom (1986). Dogmatic attitude toward medical standards can threaten artificial transformation of medicine to “exact science”, for which it suffices to follow the protocols and where medical reflections and individual features of patient are the only hindrances. In the days of another political changes and attempts to reform the health care system in Ukraine, a practicing physician should, in the author's opinion, clearly understand an important role of medical standards and protocols in indissoluble connection with his reflections and intuition, based on experience and/or knowledge. Adaptation of the Ukrainian laws and regulations in the field of standardization to the international systems obligates a modern physician to be aware of the recent updates of international guidelines. In urgent medicine, described algorithm of actions sometimes appears unacceptable, and doctor should choose priorities in “physician-patient” contact based first of all on patient's interest. For this purpose, physicians' independence and professional freedom is the guaranty of the real implementation of their medical duties.

Keywords: standardization of medicine; to treat by protocols; reform and medical standards; reform of the emergency care