

Проблеми надання медичної допомоги хворим на гострий інфаркт міокарда в Україні

5–6 березня 2013 р. під егідою Національної академії медичних наук (НАМН) України, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», Асоціації кардіологів України відбулася Наукова підсумкова сесія «Актуальні питання сучасної кардіології», присвячена пам'яті академіка М.Д. Стражеска. Серед найактуальніших питань, що розглядалися на цьогорічній конференції, була проблема надання сучасної допомоги пацієнтам із гострим інфарктом міокарда. Слід зауважити, що проблема смертності цих пацієнтів залишається однією з найважливіших у вітчизняній кардіології. Разом з тим застосування сучасних методів лікування, таких як фібриноліз протягом перших 3 год від початку захворювання та перкутанна коронарна ангіопластика протягом 1-ї доби значно знижують ризик смерті цих хворих. Тому постає питання щодо своєчасної діагностики захворювання та в найкоротші терміни проведення фібринолітичної терапії. Не менш важливою є проблема швидкого транспортування пацієнтів із гострим інфарктом міокарда у спеціалізовані медичні центри, де можливі інтервенційні втручання на коронарних судинах серця. У рамках засідань відбулася також організаційно-методична нарада головних позаштатних спеціалістів МОЗ України зі спеціальностей «Кардіологія» та «Терапія» з питань забезпечення вертикалі надання високоспеціалізованої кардіологічної допомоги.



Відкриваючи нараду, **Володимир Коваленко**, академік НАМН України, директор ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені а к а д е м і к а М.Д. Стражеска НАМН України»,

зазначив, що зараз у державі існує дуже багато проблем, спільних для терапевтів, кардіологів, кардіохірургів, спеціалістів інтервенційної медицини. Система надання медичної допомоги кардіологічним хворим постійно розвивається, удосконалюється і включає в себе, окрім гострого коронарного синдрому (ГКС), порушення ритму, вади серця, інволюційні та дегенеративні зміни, що потребують більш широкого підходу. Однак останнім часом особливої актуальності набуває проблема удосконалення надання екстреної медичної допомоги пацієнтам із ГКС та інфарктом міокарда (ІМ). Сучасні світові тенденції в цьому напрямку схилиються до більш широкого застосування тромболітичної терапії (ТЛТ), інтервенційних та кардіохірургічних втручань. Усі ці питання потребують широкого комплексного обговорення. Для вирішення проблеми на державному рівні необхідно, щоб кожен спеціаліст відійшов від своєї особистої точки зору, прислухався до думки іншого і спільно була сформована загальна позиція щодо вирішення такого важливого питання, як удосконалення допомоги хворим із ГКС. Адже державний рівень передбачає побудову такого комплексу лікувальних, діагностичних, профілактичних та організаційних заходів, що забезпечить максимальну ефективність впливу на демографічні показники в умовах обмежених ресурсів.

На думку В. Коваленка, стратегія боротьби із серцево-судинними хворобами

та їх наслідками в Україні має базуватися на таких напрямках:

- Популяційні стратегії: первинна профілактика, формування здорового способу життя, зменшення факторів ризику, формування у населення довіри до медичних працівників і більш тісної їх взаємодії.
- Вдосконалення спеціалізованої допомоги: забезпечення наступності й етапності в роботі спеціалізованих підрозділів (кардіологі, кардіохірургі, інтервенційні кардіологі).
- Моніторинг і медичний супровід пацієнтів після хірургічних та інтервенційних втручань.
- Формування реєстрів.
- Удосконалення інфраструктури: медикаментозне забезпечення, модернізація обладнання і приміщень, налагодження логістики та медичного сервісу.
- Вдосконалення кадрової політики.

Зазначено, що за попередніми даними за 2012 р. смертність від серцево-судинних захворювань дещо знизилася і становить 65,8% у загальній структурі, а на 100 тис. населення цей показник становить 957,5 (у 2011 р. — 963,4). Зниження смертності — це результат впровадження програм щодо боротьби з артеріальною гіпертензією, з дисліпідемією. Також на сьогодні значно підвищилися інтенсивність і кількість інтервенційних втручань у зв'язку із суттєвими (як для нашої держави) фінансовими вливаннями. Проте в цілому саме госпітальна летальність від гострого ІМ (ГІМ) змінилася незначно, навіть у тих клініках, де проводяться інтервенційні втручання.

Відповідно до рекомендацій Європейської асоціації кардіологів (European Society of Cardiology — ESC), підходи до проведення реперфузії у хворих на ГІМ мають бути такі:

1. Реперфузійна терапія показана всім пацієнтам із наявністю клінічних симптомів,

які продовжуються <12 год у разі, якщо вони супроводжується елевацією сегмента ST або виникненням блокади лівої ніжки пучка Гіса (клас рекомендацій — I, рівень доказовості — A).

2. Реперфузійна терапія (бажано перкутанне коронарне втручання — ПКВ) показана за наявності ознак ішемії, навіть якщо симптоми виникли >12 год тому, або якщо біль та зміни на електрокардіограмі є преривчастими (клас рекомендацій — I, рівень доказовості — C).

3. У хворих, стан яких стабільний, а з моменту появи симптомів пройшло від 12 до 24 год, також може бути розглянута можливість проведення реперфузійної терапії, а саме первинного ПКВ (клас рекомендацій — IIb, рівень доказовості — B).

4. У пацієнтів у стабільному стані, без ознак ішемії, з повною оклюзією артерії, якщо з моменту початку симптомів пройшло >24 год, проведення рутинного ПКВ не рекомендовано, незалежно від того, проводилася ТЛТ чи ні (клас рекомендацій — III, рівень доказовості — A).

Це стандарт, на який необхідно орієнтуватися та імплементувати його у практику з урахуванням українських реалій.

ТЛТ доступна в усіх країнах, особливо вона важлива там, де ускладнена логістика, і звичайно, має активно проводитися в Україні у випадках, коли неможливо забезпечити проведення ПКВ у межах терапевтичного вікна. Однак якщо така можливість існує, необхідно віддавати пріоритет ПКВ, адже доведено, що при проведених реперфузії до 3 год з моменту виникнення симптомів летальність при ПКВ і ТЛТ однакова, а після 3 год — при ПКВ значно нижча. Тому для України залишається актуальною змішана, фармакоінвазивна стратегія, коли пацієнтам, яким не можна своєчасно виконати ПКВ, проводиться догоспітальна чи госпітальна ТЛТ з подальшим транспортуванням до реперфузійного центру протягом декількох годин.



Борис Тодуров, член-кореспондент НАМН України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія серця та магістральних судин», доповів про стан надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями, проблемні питання та шляхи їх вирішення, перспективи розвитку кардіохірургічної служби. Він нагадав, що основна мета функціонування кардіохірургічної служби — зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань шляхом повного і своєчасного забезпечення населення спеціалізованою кардіологічною та кардіохірургічною допомогою. Зараз в Україні існує 24 центри серцево-судинної хірургії, ще у 15 закладах імплантують кардіостимулятори. Потреба в аортокоронарному шунтуванні (АКШ) при ішемічній хворобі серця (ІХС) в Україні становить >25 тис. втручань на рік, але проводиться, на жаль, лише 2,5 тисячі. Складна ситуація відзначається і з іншими кардіохірургічними втручаннями: потреба в імплантації штучних клапанів — 7,8 тис. на рік, а проводиться трохи >2 тисяч. При необхідності проводити >200 тис. коронарографій та стентувань щороку у минулому році виконано, на жаль, лише $\frac{1}{10}$ частину. Зроблено лише біля 4 тис. імплантацій кардіостимуляторів за потреби 18 тисяч.

Також Б. Тодуров нагадав, що в Україні сьогодні від хронічної ІХС вмирають у 20 разів більше пацієнтів, ніж від ГІМ (571 і 21,6 на 100 тис. населення відповідно). У результаті дослідження економічних збитків від ІМ виявлено, що 18% становили прямі, а решту (82%) — непрямі витрати, пов'язані з інвалідизацією.

До основних проблем, які необхідно вирішити для зниження серцево-судинної захворюваності і смертності, сьогодні належать:

- Відсутність ефективних профілактичних заходів та просвітницької діяльності на основі стандартизованої системи диспансеризації населення (профілактика гіпертонічної хвороби, тютюнокуріння, контроль рівня глюкози та холестерину).
- Застарілі стандарти діагностики і лікування хворих та невизначеність єдиного організаційного підходу до надання медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.
- Розірваність надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, відсутність етапності лікування, а інколи — пряме протистояння кардіологів та кардіохірургів щодо методів лікування. Зупинившись більш детально на цьому аспекті, Б. Тодуров зазначив, що більш широке застосування ПКВ чи АКШ може значно покращити якість життя пацієнтів. Такі пацієнти невдовзі після маніпуляції продовжують працювати і залишаються повноцінними членами суспільства.

- Відсутність матеріально-технічної бази та дефіцит оснащення в регіональних лікувальних закладах, що формує обмеженість доступу до сучасних методів лікування основних серцево-судинних захворювань.
 - Багаторічна шлучна централізація надання кардіохірургічної допомоги, сформована за рахунок централізації фінансування провідних кардіохірургічних центрів. На сьогодні 14% усіх кардіохірургічних втручань проводиться у місті Києві.
 - Відсутність спеціалізованих кардіохірургічних центрів у більшості областей України. Для вирішення цієї проблеми, на думку Б. Тодурова, необхідно створити міжрегіональні центри у Сімферополі, Одесі, Донецьку, Харкові та Львові, які б узяли на себе надання кардіохірургічної допомоги у важких клінічних випадках.
 - Відсутність кваліфікованих кадрів, зумовлена відсутністю кафедр кардіохірургії у вищих медичних навчальних закладах.
 - Застарілі штатні нормативи, що регламентують комплектацію кардіологічних та кардіохірургічних центрів та відділень спеціалістами.
 - Недосконалість законодавчої бази. Внаслідок відсутності загальнообов'язкового соціального медичного страхування фінансування відбувається з розрахунку не на хворого, а на ліжко-місце, тому лікар не заінтересований у тому, щоб лікувати швидко і якісно.
 - Відсутність юридичного механізму залучення закордонних спеціалістів для проведення навчального процесу в Україні.
 - Відсутність державної фінансової підтримки навчання українських фахівців за кордоном.
 - Недостатність бюджетного фінансування закупівлі витратних матеріалів, обладнання та реагентів.
 - Відсутність заохочення приватних інвестцій в галузі надання медичних послуг хворим на серцево-судинні захворювання, що також пов'язано з відсутністю загальнообов'язкового соціального медичного страхування.
- Нагадаємо, що відповідно до рішення Колегії МОЗ України від 22.01.2013 р. відповідним департаментам МОЗ України, головним позаштатним спеціалістам МОЗ України зі спеціальностей «Хірургія серця і магістральних судин» (Б. Тодуров) та «Кардіологія» (Ю. Сіренко) разом із НАМН України було доручено взяти за основу, доопрацювати та подати на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому порядку проекти наказів:
- «Про заходи щодо удосконалення кардіохірургічної допомоги населенню України».
 - «Про удосконалення спеціалізованої медичної допомоги хворим на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST та хронічну ішемічну хворобу серця».
 - «Про організацію і роботу системи з рентгеноваскулярної діагностики

та лікування в закладах охорони здоров'я України».

- «Про удосконалення кардіологічної допомоги населенню України».

Б. Тодуров зазначив, що зараз триває робота з розроблення плану заходів щодо реалізації концепції розвитку кардіологічної допомоги. В ході обговорення останньої багато запитань викликала саме назва — «Система рентгеноваскулярної діагностики та лікування захворювань». Така назва пов'язана з тим, що до переліку ендovasкулярних втручань, які мають виконуватися у відділенні рентгеноваскулярної хірургії та ангіографії, можна віднести дуже багато різних маніпуляцій, а саме:

- Стентування коронарних артерій.
- Стентування венозних та артеріальних коронарних шунтів.
- Ендопротезування аневризм коронарних судин.
- Внутрішньосудинне ультразвукове дослідження коронарних та периферичних артерій.
- Стентування каротидних та хребцевих артерій.
- Закриття аневризми коронарних судин.
- Стентування ниркових артерій.
- Селективна денервація ниркових артерій.
- Стентування артерій верхніх і нижніх кінцівок.
- Ендovasкулярне протезування аорти при аневризмах грудної та черевної її частин.
- Імплантація қава-фільтра.
- Септальна алкогольна абляція.
- Балонна дилатація клапанних стенозів аортального клапана та клапанів легеневої артерії при вроджених та набутих вадах.
- Балонна дилатація та стентування коарктації аорти.
- Ендovasкулярне закриття дефектів міжпередсердної чи міжшлуночкової перетинки за допомогою оклюдерів.
- Ендovasкулярне закриття відкритої артеріальної (Баталової) протоки.
- Ендovasкулярне закриття (емболізація) артеріовенозних фістул коронарних та периферичних судин, великих аортолегеневих колатеральних артерій при вроджених вадах серця.
- Емболізація маткових артерій при фіброміомі матки.
- Видалення сторонніх тіл серця та великих судин.
- TIPS-портокавальний анастомоз.

І хоча дійсно, більшу частину часу роботи ангіографів витрачається на пацієнтів із ГІМ, але перелік ангіографічних втручань постійно розширюється, витісняючи з-за столу класичних кардіохірургів. Саме тому службю вирішено назвати системою рентгеноваскулярної діагностики та лікування. Також у планах МОЗ України — впровадження спеціальності «Рентгеноваскулярна діагностика та лікування», причому до спеціалізації будуть залучатися кардіохірурги, нейрохірурги, неврологи, педіатри, кардіологи і судинні хірурги. На сьогодні ангіографами територіально покрито 80% населення України (великі міста і території навколо в радіусі 90 км),

головне — вчасно діагностувати ІМ, доставити пацієнта та зробити ангіопластику.

Торкнувшись доцільності впровадження фармакоінвазивної стратегії надання допомоги пацієнтам із ГІМ, Б. Тодуров зазначив, що і тромболізис, і ПКВ — це методи, які мають право на існування, але вони мають свою етапність, і це слід брати до уваги. Якщо немає можливості своєчасно виконати ПКВ, необхідно проводити ТЛТ, але атеросклеротична бляшка від цього не розчиниться, і ризик виникнення повторного тромбоутворення великий. Тому таким хворим, на його думку, необхідно проводити ПКВ у плановому порядку.

Також головний кардіохірург МОЗ України звернув увагу присутніх на той факт, що відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», використання персональних даних працівниками суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними, має здійснюватися лише відповідно до їхніх професійних чи службових або трудових обов'язків. Ці працівники зобов'язані не допускати розголошення у будь-який спосіб персональних даних, які їм було довірено або які стали відомі у зв'язку з виконанням професійних чи службових або трудових обов'язків. Таке зобов'язання чинне після припинення ними діяльності, пов'язаної з персональними даними, крім випадків, установлених законом. Поширення персональних даних без згоди суб'єкта персональних даних чи уповноваженої ним особи дозволяється у випадках, визначених законом, і лише (якщо це необхідно) в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Таким чином, будь-які реєстри, що стосуються конкретних хворих, має право збирати лише уповноважена на це установа (заклад). Це може бути МОЗ України або структура, якій міністерство доручило своїм наказом цим займатися. У цьому році форма звітності буде передбачати, окрім укомплектованості штатами, обладнанням, кількості операцій, маніпуляцій та захворюваності, ще й наявність залишків витратних матеріалів і медикаментів, що були централізовано закуплені за бюджетні кошти і розподілені в регіони відповідно до заявок.



Володимир Юрченко, директор Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги і медицини катастроф МОЗ України, нагадав, що 5 липня 2012 р. Президент України підписав Закон «Про екстрену медичну допомогу», який набув чинності 1 січня 2013 р. Суть цього закону полягає в тому, що в державі на території кожної області відповідальним за організацію надання екстреної медичної допомоги є голова облдержадміністрації. Він забезпечує фінансування, має об'єднати всі бригади швидкої допомоги, які є в наявності, зобов'язаний організувати єдину диспетчерську службу, яка прийматиме всі виклики з території області

й передавати їх на виконання найближче розташованій бригаді швидкої медичної допомоги протягом не більше ніж 30 с.

Станом на сьогодні служба екстреної медичної допомоги отримує 13 млн викликів протягом року, здійснює 12,5 млн виїздів, надається допомога 11 млн хворих та постраждалих, з яких 2,5 млн осіб підлягають госпіталізації. За 1 добу в державі обслуговується 30 тис. викликів, причому норма доїзду 10 хв у містах виконується у 82% випадків, 20 хв — у сільській місцевості — у 70–74% випадків. Згідно з наказом МОЗ України від 19.02.2013 р. № 133 внесено зміни до кваліфікаційних характеристик, якими введено і зареєстровано професії «Лікар медицини невідкладних станів» і «Фельдшер медицини невідкладних станів». Так, необхідність на зріла внаслідок того, що в державі працюють 5,5 тис. лікарів невідкладних станів (це четверта за кількістю професія) і 20 тис. фельдшерів невідкладних станів, причому за останні роки збільшується кількість фельдшерських бригад і зменшується кількість лікарських. Також вже протягом 2 років в Україні діє новий стандарт на санітарний транспорт. Це реанімаційні автомобілі класу С і лікарсько-фельдшерські класу В. Суть стандарту полягає в тому, що кожен з автомобілів оснащений відповідним медичним обладнанням, перш за все електрокардіографом, дефібрилятором, апаратом штучної вентиляції легень, кисневим балоном, необхідними засобами іммобілізації. Вартість автомобіля класу В — 650 тис. грн., класу С — 850 тис. грн., і половина — це вартість обладнання. Тому казати про те, що немає чим діагностувати або надавати допомогу — це абсолютно неправда.

Головна проблема, на думку В. Юрченка, це відсутність чітких протоколів і наказів щодо того, яку допомогу яким хворим необхідно надавати на догоспітальному етапі і в якій лікувальній закладі їх транспортувати. Також велике значення має рівень до- та післядипломної підготовки спеціалістів медицини невідкладних станів.



Катерина Амосова, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, зазначила, що стратегія вирішення такого важливого питання, як вдосконалення допомоги хворим із ГКС на державному рівні, має ґрунтуватися виключно на даних доказової медицини, яка дозволяє усунувати різницю між окремими клініками та окремими хворими, об'єктивізувати пацієнтів. Адже зараз весь світ будує свої рекомендації на основі результатів об'єктивних подвійних сліпих рандомізованих досліджень, оскільки вже давно не використовується досвід однієї клініки і хворих, які потрапили туди за рік.

На переконання К. Амосової, застосування інтервенційних та кардіохірургічних

втручань при ІХС — це безперечно важливий, але лише один із етапів надання високоспеціалізованої медичної допомоги. Не можна брати ці методи за основу при вирішенні проблеми пацієнтів. Давно і добре доведено, що госпітальна летальність реперфузійованих хворих завжди нижча, ніж нереперфузійованих, з дуже простої причини: останні мають протипоказання для ПКВ через супутні захворювання, вони стартово мають гірший прогноз. Для об'єктивної оцінки необхідно порівнювати хворих з і без ПКВ, враховуючи наявність супутніх захворювань, але, на жаль, результатів таких досліджень поки що не представлено.



Юрій Соколов, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу інтервенційної кардіології та рентгенохірургії ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», представив бачення організації медичної допомоги хворим на ГІМ, яке склалося з урахуванням провідного європейського і світового досвіду. Вона виглядає таким чином: людина захворіла — дзвінок у швидку — виїзд — огляд — встановлення діагнозу — госпіталізація. Якщо у швидкій є електрокардіограф — можна відразу конкретизувати діагноз ГІМ і госпіталізувати хворого до медичного закладу, в якому є можливість проведення ургентного ПКВ. Якщо ні — хворого можна госпіталізувати в якусь іншу лікарню. Це так звані сателітні клініки, в яких має бути встановлений діагноз. Далі бажано перенаправити хворого у реперфузійний центр ще з приймального відділення тією ж швидкою (система рикшету) і доставити, якщо це можливо, протягом 2 год з моменту виникнення симптомів, а за відсутності такої можливості — провести ТЛТ, а потім — ургентне ПКВ. Незалежно від того, відбулася реперфузія після ТЛТ чи ні, хворому у 1-шу добу необхідно провести ангіографію. Також сателітні клініки можуть приймати і вести пацієнтів після проведення ПКВ. Така тактика, на думку Ю. Соколова, сприятиме зниженню летальності та інвалідизації, запобіганню ускладнень (таких як аневризма лівого шлуночка), а також покращанню діагностики атеросклеротичних уражень коронарних судин.



Професор Юрій Сіренко, керівник відділу симптоматичних гіпертензій ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ Укра-

їні зі спеціальності «Кардіологія», зазначив, що серед 50 тис. хворих на ГІМ, що реєструються в Україні, частка ГІМ з елевацією сегмента ST, при якому показано проведення ПКВ, становить приблизно 35 тис. Водночас у Польщі, населення якої менше за населення України, у 1-шу добу проводять 100 тис. стентувань у хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST. Так, розбіжність у статистичних даних, на думку Ю. Сіренка, наявна тому, що багато хворих на ГІМ в Україні помирають на догоспітальному етапі, так і не звернувшись за медичною допомогою. Це свідчить про край низький рівень довіри пацієнтів до системи медичного обслуговування, а також про те, що ця проблема носить більше соціальний, ніж медичний характер.

З метою покращання медичної допомоги на догоспітальному етапі на сьогодні закінчується робота над клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на ІМ, в якому будуть враховані всі найкращі досягнення світового досвіду. Для виконання цього протоколу необхідно створити в країні систему реперфузійних центрів та організувати грамотну логістику на місцях.

Також Ю. Сіренко звернув увагу присутніх на випадки нерационального використання бюджетних коштів, витрачених на закупівлю стентів. Так, у 2012 р. для хворих на ІМ за державні кошти придбано 4,5 тис. стентів, а результати звітів свідчать, що встановлено лише 2700. Такі випадки, відповідно до рішення Колегії МОЗ України від 22.01.2013 р. № 1 «Організація надання медичної допомоги хворим із серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями та подальше її удосконалення», будуть ретельно перевірятися.

Професор Михайло Лутай, заступник директора з наукової роботи ДУ «Національний науковий

центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», наголосив на неприпустимості використання ситуації, яка склалася зі смертністю від серцево-судинних захворювань в Україні, для вирішення власних проблем, задоволення амбіцій та вибивання коштів, перетягування ковдри з однієї служби на іншу. І в кардіохірургів, і в кардіологів, і в інтервенційних кардіологів є свої завдання і початий край роботи. Він також зазначив, що інтервенційна кардіологія не є частиною кардіохірургії, яка має вирішувати такі важливі завдання, як збільшення кількості АКШ та хірургічних втручань на клапанах серця, вирішення проблем трансплантації.

М. Лутай також підкреслив важливу роль у формуванні високої смертності від ІМ такого явища, як повна відсутність довіри пацієнтів до системи медичного обслуговування, внаслідок чого пацієнти не звертаються за медичною допомогою своєчасно.



Доповідаючи про стан функціонування Українського реєстру перкутанних коронарних втручань, Максим Соколов, старший науковий співробітник відділу інтервенційної кардіології

і рентгенохірургії ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України», повідомив, що подібний реєстр існує в кожній країні Європи. У 2010 р. за дорученням МОЗ України було розпочато роботу над створенням Українського реєстру перкутанних коронарних втручань, який зараз містить приблизно 75% інформації щодо проведення цих маніпуляцій. Реєстр відрізняється від звичайної статистики тим, що містить персоналізовані дані, що дає змогу отримати максимально наближені до дійсності дані, на відміну від даних статуправлень. Також реєстр дозволяє проводити оцінку ефек-

тивності впровадження рекомендацій з надання медичної допомоги, надає змогу розібратися з показниками летальності, виділивши окремо пацієнтів з елевацією сегмента ST та без неї. Якщо їх розділити, то летальність серед пацієнтів без елевації буде приблизно 3%, а з елевацією — 20%. На сьогодні до Українського реєстру перкутанних коронарних втручань внесено інформацію з 22 міст, зафіксовано 20 753 протоколи. За даними реєстру, у 2012 р. проведено 24 500 коронарографій, 8853 коронарних ангіопластики, що на 30% більше, ніж у попередньому році.

Завершуючи нараду, В. Коваленко зазначив, що на сьогодні в державі існує чітко відпрацьована система надання кардіологічної допомоги. Звичайно, вона має певні недоліки, недостатнє фінансування та регіональні особливості. Так, не завжди можна розраховувати на проведення ургентного ПКВ у кардіохірургічних центрах через їхню звантаженисть щодо проведення планових оперативних втручань або інших маніпуляцій, що унеможливує дотримання терапевтичного вікна в ургентних хворих.

Для досягнення такої важливої мети, як зниження смертності від серцево-судинних захворювань, необхідна тісна конструктивна співпраця служб екстреної медичної допомоги, кардіологічної допомоги та інтервенційної кардіології. При цьому не можна забувати про подальше ведення кардіологічних і кардіохірургічних хворих після проведення медичних втручань, а також про профілактику, яка дозволить продовжити життя мільйонам людей і виконати ту гуманістичну місію, яка покладена сьогодні на медиків. Для більш ефективного її виконання назріла необхідність проведення конструктивного діалогу з цих питань як серед медичної спільноти, так і з суспільством і владою.

Детально рішення, ухвалені під час організаційно-методичної наради, викладено в її резолюції.

Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека



Професор Михайло Лутай, заступник директора з наукової роботи ДУ «Національний науковий

Реферативна інформація

Найкращим «Винаходом року-2012» став новий протипухлинний агент

На початку квітня 2013 р. завершився Всеукраїнський конкурс «Винахід року-2012», який щороку проводиться Державною службою інтелектуальної власності України з метою популяризації винахідницької діяльності серед широких верств науково-технічної громадськості України, заохочення роботодавців до впровадження у виробництво результатів інтелектуальної праці, а також виявлення найталановитіших та найперспективніших розробок і привернення до них уваги вітчизняних й іноземних підприємців та інвесторів.

Кращим у 2012 р. став винахід за патентом № 98076 «Застосування немодифікованих фулеренів C60 як протипухлинних агентів у терапії злоякісних новоутворень», створений у Київському національному університеті ім. Тараса Шевченка. Колектив авторів цього винаходу представлено на нагородження медалью Всесвітньої організації інтелектуальної власності.

Крім того, визначені кращі у 13 регіональних та у 9 галузевих категоріях. Серед них «Кращий винахід-2012 у галузі медицини

і фармацевтики» — «Спосіб оцінки ступеня аномальності електричних процесів у шлуночках серця» (патентовласники: Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України та МОН України, І.А. Чайковський, М.М. Будник). Крім того, медичним винаходом став «Кращий винахід-2012 у Києві та Київській області» — «Спосіб електрокардіографічної діагностики м'язових місточків над передньою міжшлуночковою гілкою лівої коронарної артерії» (патентовласник — Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова Національної академії медичних наук України»).

З повним переліком переможців Всеукраїнського конкурсу «Винахід року-2012» можна ознайомитися на офіційному веб-порталі Державної служби інтелектуальної власності України (www.sips.gov.ua). Урочиста церемонія нагородження відбудеться 22 квітня 2013 р. у ході урочистостей з нагоди святкування Міжнародного дня інтелектуальної власності.

Прес-служба «Українського медичного часопису»
за матеріалами www.sips.gov.ua