

Медицина невідкладних станів: концептуальні вектори подальшого руху галузі

23–24 квітня 2015 р. у Києві пройшов Науковий конгрес з міжнародною участю «Проблемні питання медицини невідкладних станів: теоретичні та практичні їх аспекти», в рамках якого окреслено проблеми, пов'язані з наданням екстреної медичної допомоги на теренах України, та запропоновано шляхи їх вирішення, розглянуто особливості терапевтичних підходів на різних етапах надання медичної допомоги. Доповідачі торкнулися важливих питань військової медицини та невідкладної кардіології — одних із найбільш актуальних тематик сьогодення. Організаторами заходу виступили Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я України, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київська міська станція екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» та Всеукраїнська громадська організація «Всеукраїнська асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф».



Робота конгресу розпочалася вітальним словом професора **Івана Зозулі**, доктора медичних наук, президента Всеукраїнської асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, проректора з наукової роботи Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, який підкреслив необхідність проведення таких заходів — реального майданчика для консолідації зусиль практикуючих лікарів різних спеціальностей та провідних українських науковців. І. Зозуля відзначив роботу кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф Харківської медичної академії післядипломної освіти, яка наразі відзначає 30-ліття з моменту створення.



Євген Мороз, директор ДЗ «Український науково-практичний центр (НПЦ) екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України» окреслив напрямки роботи конгресу, зупинившись на реалізації діючого Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (№ 5081-VI).



Професор **Георгій Рошчін**, завідувач кафе-

дри медицини катастроф НМАПО імені П.Л. Шупика, голова проблемної комісії за спеціальністю «Медицина невідкладних станів та медицина катастроф» МОЗ України, висловив сподівання, що матеріали конгресу стануть основою для нових законодавчих документів та сформулюють прогресивні вектори для роботи лікаря-практика.



у контексті нинішньої ситуації в країні, так і в масштабах усієї медичної галузі загалом.



Пленарне засідання відкрив **Микола Близнюк**, заступник директора ДЗ «Український НПЦ екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», що у своїй доповіді підвів підсумки роботи невідкладної медичної допомоги за 2014 р., окресливши основні напрями подальшої роботи. Після набрання чинності Закону України «Про екстрену медичну допомогу» з 1 січня 2013 р. проведено низку заходів, спрямованих на модернізацію галузі задля забезпечення населення своєчасною та якісною медичною допомогою. Вже сьогодні чинний наказ МОЗ України від 24.04.2013 р. № 336 «Про затвердження індикаторів оцінки діяльності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі». Згідно з наказом МОЗ

України від 15.01.2014 № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» ратифіковано 22 клінічні уніфіковані протоколи щодо надання екстреної медичної допомоги (ЕМД). Проведено заходи щодо підготовки кадрового забезпечення працівників ЕМД та немедичних фахівців із питань її надання відповідно до міжнародних вимог.

За словами доповідача, важливим кроком для успішного розвитку галузі є подолання основних проблем, що наразі не дозволяють забезпечити населення максимально якісною ЕМД. До них належать:

1. Низька ефективність використання та нерівномірність просторового розподілу ресурсів, що зумовлено значною часткою необґрунтованих викликів, надмірною тривалістю перебування бригад ЕМД у стаціонарі при госпіталізації пацієнта та недостатнім використанням сучасних медичних і організаційних технологій.

2. Недостатня доступність якісної ЕМД для населення внаслідок проблем із кадровими ресурсами та низького рівня стандартизації на основі дотримання методів лікування на засадах доказової медицини.

3. Високі показники летальності пацієнтів внаслідок невідповідного рівня надання ЕМД.

За словами М. Близнюка, подальша стратегія комплексного підходу до модернізації галузі передбачає такі заходи:

- створення оперативного-диспетчерської служби, що за допомогою сучасних програмно-технічних заходів зможе забезпечувати ефективну інформаційну підтримку та координацію роботи бригад ЕМД і закладів охорони здоров'я;
- формування мережі пунктів постійного і тимчасового базування бригад ЕМД;
- максимальне забезпечення необхідним для якісної роботи оснащенням;
- підготовка необхідної кількості кваліфікованих кадрів та розроблення стиму-

лів для їх закріплення на місцях, створення функціонування системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, що надають ЕМД;

- зміна механізму фінансування закладів ЕМД;
- розроблення та ратифікація необхідної медико-технологічної документації тощо.

Досвідом роботи галузі ЕМД у країнах Європейського Союзу поділився Г. Рошін. Доповідач проаналізував моніторингові звіти Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та європейські стандарти складових систем ЕМД. Законодавство 92,6% країн Європейського Союзу зосереджене на:

- уніфікації протоколів надання допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах;
- запровадженні єдиної додипломної та післядипломної освіти і спеціалізації;
- спеціалізації з ЕМД та медицини катастроф для інших медичних фахівців;
- створенні відділень невідкладної медичної допомоги на базі багатопрофільних лікарень;
- уніфікації єдиних планів реагування на надзвичайні ситуації.

За словами оратора, у нинішньому українському законодавстві з ЕМД вже існують всі компоненти, відповідно до законодавства Європейського Союзу, проте лише формально. У Законі не враховані приватні структури охорони здоров'я, не конкретизовані фахівці системи та вимоги до їх додипломної та післядипломної освіти, спеціалізації, не зазначені механізми залучення до системи ЕМД фахівців інших відомств та не визначено організацію державного рівня медицини катастроф.



У доповіді «Методологічні засади розробки індикаторів ефективності роботи ЕМД України» **Наталія Курділь**, співробітниця кафедри військової токсикології, радіології і медичного захисту Військово-

медичної академії України, зупинилася на основних векторах оцінки результатів роботи екстреної медичної служби, необхідних для максимально ефективно реалізації положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Для цього оратор звернулася до світового досвіду застосування індикаторів у системі ЕМД. Виділивши три основні типи — структуру, процес та результат — вона зупинилася на перевагах та обмеженнях застосування кожного із них.

Стандартизовані конструктивні дані, зокрема оцінка забезпечення галузі обладнанням, кадрами, визначення контрольного часу спрацювання медичних працівників тощо, дозволяють порівнювати компоненти системи ЕМД та насправді є

непрямыми показниками її якості. Під час використання їх для оцінки ефективності роботи системи ці дані важко пов'язати з кінцевими результатами.

Для аналізу процесу ЕМД як комбінації чи послідовності кроків у наданні медичної допомоги пацієнтам, направленим на покращення результатів, прийнято звертатися до медичних протоколів, лікарських призначень і параметру транспортування до відповідного медичного закладу. Така стратегія ефективна стосовно швидкості та зручності оцінки, оскільки збір даних не потребує значних зусиль, а отримані результати — подальшого коригування щодо ризику. Проте аналіз процесів у системі ЕМД може бути дуже складним у сучасних реаліях, а також потребує суворих критеріїв для узагальнення.

Прикладами використання індикатора «результат» є показники виживаності після зупинки серця чи поліпшення за шкалою болю. Незважаючи на те що «результат» — непрямий показник якості та потребує коригування ризиків і стандартизації збору даних, він легко зрозумілий та відображає зворотний зв'язок з усіма аспектами допомоги, що надається, є довгостроковою характеристикою ефективності роботи галузі.

Н. Курділь продемонструвала можливості використання зазначених індикаторів на прикладі українських реалій функціонування системи ЕМД. Вона підкреслила необхідність одночасного використання усіх показників, оскільки вони взаємопов'язані.



Володимир Печиборч, співробітник ДЗ «Український НПЦ екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», у своїй доповіді торкнувся питання організації діяльності лі-

карні швидкої медичної допомоги (ЛШМД), навівши приклади досвіду Великобританії та Австралії та провівши паралелі з концепцією надання ЕМД населенню в колишньому Радянському Союзі.

Автор доповіді проаналізував матеріали щодо особливостей мережі ЛШМД, виявивши, що держава не має її єдиної уніфікованої структури: наразі відсутня концепція та відповідна правова база для її утворення. Сьогодні в Україні нараховують 13 ЛШМД, що охоплює тільки 48,1% території держави.

Ліжковий фонд ЛШМД становить лише 2,05% загальної чисельності ліжок у закладах охорони здоров'я України. Водночас цей показник становить 2,6% у пласті раннього госпітального етапу ЕМД, що свідчить про переважання цих закладів у процесі організації надання ЕМД на зазначеному етапі. Проте основний тягар щодо організації надання невідкладної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі лягає на інші заклади охорони здоров'я.



Виступ **Людмили Новицької-Усенко**, члена-кореспондента Національної академії наук України та НАМН України, професора кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Дніпропетровської держ-

жавної медичної академії, мав більш прикладний характер та був присвячений органопротекторному впливу розчину препарату меглюміну натрію сукцинату з бурштиновою кислотою і його застосуванню для цільової профілактики та корекції органних дисфункцій. За словами доповідача, засіб виявляє антигіпоксичний, антиацидотичний, органопротекторний, антистресорний, адаптогенний та детоксикаційний ефект.

Підтвердженням цього стали результати дослідження, мета якого — вивчення органопротекторної функції препарату у пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку органної недостатності внаслідок агресивної дії різного генезу та оцінка його впливу на перебіг захворювання і летальність. Дослідження базувалося на вивченні значених ефектів у пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку післяопераційної когнітивної дисфункції, яку пов'язують як із нейротоксичною дією окремих анестетиків, так і з пошкоджувальною дією загальної та місцевої гіпоксії, неспроможністю інтраопераційного антиоцидептивного захисту мозкових структур, залишковою дією компонентів загальної анестезії та продуктів її деградації, що є активними щодо центральної нервової системи. Отримані дані свідчать про те, що включення препарату в комплекс інтенсивної терапії дозволяє зберегти початковий рівень розумової функції у пацієнта.

Ще одну групу досліджуваних становили хворі, яким проводили кардіохірургічне втручання на фоні фібрилюючого серця в умовах штучного кровообігу з подальшою електричною дефібриляцією. У таких умовах розвивається ішемічно-реперфузійне та постфібриляційне пошкодження міокарда, що є основною причиною смерті пацієнтів у ранній післяопераційний період. При застосуванні зазначеного засобу у таких хворих уже через 12 год після операції були відсутні ознаки дисбалансу кислотно-лужного стану та газового складу крові, рівня електролітів. Такі умови сприяли покращенню транспорту кисню до органів і тканин, створюючи більш сприятливий фон для відновлення функціонального стану міокарда після проведення оперативного втручання на серці.

Ефективність препарату меглюміну натрію сукцинату із додаванням бурштинової кислоти також встановлена на прикладі пацієнтів із тяжким сепсисом і септичним шоком, спричиненим регіональним тканинним дистресом, що виникає внаслідок мікроциркуляторно-мітохондріальної дисфункції. Застосування зазначеного засобу

асоційоване зі швидшим відновленням загальної та регіональної перфузії та оксигенації порівняно із групою контролю, про що свідчила динаміка ознак прихованого шоку, відновлення діурезу тощо.



Сергій Поталов, доцент кафедри медицини невідкладних станів ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», детально окреслив етапи діагностики та корекції мультиорганних порушень у пацієнтів із ішемічним інсультом, які перебувають у критичному стані. Зокрема, він зосередився на необхідності використання у таких хворих прогностичних шкал для визначення тяжкості захворювання, виходячи із вираженості неврологічної симптоматики. Також доповідач підкреслив, що моніторинг мультиорганних порушень відображає вітальні зміни в організмі критичних пацієнтів з ішемічним інсультом. Це дозволяє своєчасно скоригувати інтенсивну терапію, спрямовану на стабілізацію життєво важливих функцій організму.

С. Поталов зупинився на застосуванні цитиколіну та мексидолу в комплексі терапії пацієнтів з гострим ішемічним порушенням мозкового кровообігу, що забезпечували більш сприятливий прогноз, зумовлювали зменшення кількості ліжко-днів та покращували неврологічні наслідки. Ефективність цитиколіну реалізується через його здатність стимулювати біосинтез структурних фосfolіпідів мембран нейронів, що сприяє покращенню їх функцій, в тому числі роботі іонообмінних насосів та нейрорецепторів. Завдяки стабілізуючому впливу на мембрану препарат виявляє протинабрякові властивості та зменшує набряк мозку. Також цитиколін зменшує вираженість симптомів церебральної дисфункції при гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Антиоксидантна та мембранопротекторна дія мексидолу зумовлює підсилення компенсаторної активації аеробного гліколізу та знижує ступінь пригнічення окисних процесів у циклі Кребса в умовах гіпоксії з підвищенням вмісту аденозинтрифосфату та рівня насичення гемоглобіну киснем. Препарат покращує мозковий метаболізм і кровопостачання головного мозку, мікроциркуляцію та реологічні властивості крові, інгібує перекисне окиснення ліпідів.

Тему стратегії розвитку спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із судинною патологією підняв І. Зозуля, торкнувшись особливостей її формування на рівні великого міста. Доповідач проаналізував аспекти захворюваності на цереброваскулярні хвороби (ЦВХ), первинної інвалідності та смертності внаслідок гіпертонічної хво-



роби у 2005–2011 рр. та зіставив отримані результати з показниками роботи терапевтичних і неврологічних відділень з надання медичної допомоги таким пацієнтам. І. Зозуля назвав недоліки організації надання медичної допомоги пацієнтам із ЦВХ:

- недостатній організаційний рівень надання медичної допомоги та забезпечення необхідною кількістю ліжок інтенсивної терапії;
- відсутність спеціалізованих нейросудинних центрів (відділень);
- недостатня система нейрореабілітації на післягоспітальному етапі;
- відсутність можливості нейровізуального обстеження пацієнтів;
- поліпрагмація;
- відсутність необхідного рівня консультування з приводу корекції способу життя та вторинної профілактики інсульту;
- відсутність Державного реєстру ЦВХ, особливо мозкового інсульту.

Для вирішення наявних проблем запропонована стратегія оптимізації медичної допомоги при судинній патології головного мозку, яка містить структурні та управлінські, кадрові перебудови, зміни, що стосуються матеріально-технічного забезпечення, спрямовані на безперервне підвищення якості надання допомоги. Сильними сторонами стратегії є ряд нововведень, які полягають у впровадженні таргетної диспансеризації населення з проведенням скринінгових досліджень за визначеними програмами для виявлення груп ризику та осіб із ЦВХ ще на ранніх стадіях хвороби. У рамках проведення цільової диспансеризації запропоновано впровадження розроблення індивідуальних планів оздоровлення на рівні первинної медико-санітарної допомоги лікарями загальної практики — сімейної медицини. Нова система включає введення обов'язкової спеціальної підготовки медичного персоналу для надання ЕМД, а також забезпечення відповідним матері-

ально-технічним оснащенням та сучасними технологіями на догоспітальному етапі. При цьому стаціонарне лікування пацієнтів із церебральним інсультом рекомендовано проводити в нейросудинних центрах із мультидисциплінарними бригадами для надання екстреної нейрохірургічної допомоги, у спеціалізованих відділеннях нейросудинних центрів та у спеціалізованих відділеннях лікарень відновного лікування. Надалі хворий отримує комплексну безперервну реабілітацію з залученням медичних та соціальних працівників, волонтерів та сім'ї. У разі виникнення інвалідності як результату перенесеного мозкового інсульту пацієнту планують надавати допомогу силами соціальних служб та волонтерів, хоспісів, а також проводити навчання членів сім'ї постраждалого силами працівників первинної медико-санітарної допомоги.

Жвавий інтерес учасників конгресу викликала доповідь **Володимира Чернія** «Шок: принципи діагностики та інтенсивної терапії», **Валентини Бобрової** «Принципи надання невідкладної медичної допомоги при набряку головного мозку на догоспітальному етапі» та **Миколи Макухи** «Принципи терапії гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей».

У рамках заходу відбулися секційні засідання «Актуальні питання військової медицини» та «Невідкладна кардіологія», учасники яких змогли послухати низку тематичних доповідей та отримати нові практичні навички під час майстер-класів. Робота конгресу також включала демонстрацію стендових наукових доповідей та їх обговорення.

Теми доповідей заходу відображали як болючі питання медицини невідкладних станів, що потребують глибокого аналізу і подальшого вирішення, так і безсумнівні здобутки галузі — результат спільної роботи провідних фахівців.

*Анна Антонюк,
фото Сергія Бека*