

## Телемедицина у сільській місцевості: як це працюватиме

Телемедицина у сільській місцевості має запрацювати вже цього року. 14 січня 2019 р. відбулася селекторна нарада, присвячена впровадженню телемедицини в Україні (для сільської місцевості). У цій публікації ми спробуємо більш докладно ознайомити читачів із тим, які зміни чекають на сільську медицину вже у 2019 р.

### Ініціатива Президента України в дії



Відкриваючи нараду, Геннадій Зубко, віце-прем'єр-міністр — міністр регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, нагадав, що за ініціативою Президента України Петра Порошенка наприкінці 2017 р. було прийнято Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», спрямований на розвиток первинної медичної допомоги у сільській місцевості. 27 грудня 2017 р. закон був підписаний. Отже, цю ініціативу підтримала Верховна Рада України, і усі міністерства також налаштувалися на активну роботу (щодо виконання цього закону — прим. ред.). Г. Зубко також подякував міжнародним партнерам, нагадавши, що фактично рік тому було підписано Меморандуми про співпрацю з Урядом Канади і Світовим банком, у якому чітко визначено моменти, на які Україна хоче залучити міжнародну допомогу для забезпечення нової інфраструктури, нової якості послуг сімейних лікарів, нової форми оплати, а також досягнення нової якості спілкування між першим і другим рівнем надання медичної допомоги із впровадженням телемедицини. Окрема подяка була висловлена проекту EDGE (Expert Deployment for Governance and Economic Growth), компанії «Ontario Telemedicine Network» (OTN), консультантам зі Світового банку, які підготували технічне завдання для розробки програмного забезпечення з впровадження телемедицини.

### Що зроблено за рік

Практично розпочато масштабне будівництво 517 лікарських амбулаторій. І це не тільки монопрактика, а й групова практика. Спільно з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України розроблено Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, і це є дуже важливим, адже 30% населення України, а це 14 млн громадян, проживають саме у сільській місцевості. Також Г. Зубко подякував Комітету Верховної

Ради України з питань охорони здоров'я, який допомагав і методично, і на законодавчому рівні, і інформаційно, і політично у цьому напрямку: «Отже, була сформована практично спроможна мережа. Тепер з цієї мережі, яка охоплює 4233 сільські амбулаторії, ми бачимо перші 688, які потребують нового будівництва, дооснащення і які практично сьогодні долучилися до проектів. Перші 10 амбулаторій вже введено в експлуатацію у Кіровоградській області».

### Плани на майбутнє

«Ми рухаємося до того, щоб усі амбулаторії були введені в експлуатацію, показали якість медичної послуги, нову якість обладнання, яке може передавати дані для консультації на вторинному рівні. І найголовніше — зробити те, щоб сьогодні сімейний лікар став тією людиною, яка зможе проконсультувати (пацієнта — прим. ред.) не тільки з точки зору своїх компетенцій, а й дати можливість отримати консультацію спеціалістів вторинного рівня надання медичної допомоги. Є такий вислів: «Ліки від хвороби знаходяться не в аптечці у лікаря, а в його голові». Нам дуже важливо зробити доступним для кожного українця досвід лікарів як первинної, так і вторинної ланки, незалежно від того, де людина мешкає, не примушуючи її зайвий раз їхати до районної, обласної або столичної лікарні. Також дуже важливими є цілі впровадження цієї програми. На сьогодні визначено 4 спеціальності, за якими будуть надаватися телемедичні консультативні послуги. Перш за все це кардіологія, також ендокринологія (цукровий діабет та патологія щитоподібної залози), алергологія і пульмонологія (бронхіальна астма та хронічна обструктивна хвороба легень) та дерматологія (20% українців звертаються по медичну допомогу саме із цієї спеціальності).

Цілі повинні бути чітко кристалізовані в цифрах. Що стосується кардіології, то ми розуміємо, що із 45 тис. інфарктів міокарда, які трапляються в Україні щороку, 15 тис. припадають на сільську місцевість», — зауважив Г. Зубко.

За словами посадовця, із 45 тис. інфарктів 15% закінчуються смертю. Тож необхідно чітко поставити перед собою завдання: яку цифру хочемо отримати через 2–3–5 років щодо зниження смертності та головне — щодо супроводу людей, які перенесли



інфаркт, інсульт чи мають інше серцево-судинне захворювання. Також необхідно розглянути цукровий діабет в аспекті як щорічної додаткової кількості захворілих, у тому числі дітей, так і проведення моніторингу перебігу хвороби тих людей, які потребують допомоги у сільській місцевості. А сьогодні по країні це 2,7 млн людей. Теж саме питання стосується бронхіальної астми. За словами Г. Зубка, проблема бронхіальної астми в нас взагалі недовивчена, тому що дуже багато людей, які хворіють, не знають про це. Загалом наявність великої кількості людей із некомпенсованими хронічними захворюваннями негативно впливає на економіку, тому дуже важливо розглянути стан інфраструктури і підготовки (надання телемедичних послуг — прим. ред.) за чотирма медичними напрямками.

Віце-прем'єр-міністр подякував професорам, які взяли на себе додаткову відповідальність не тільки за супровід цих медичних напрямків, а ще й відбір тих вузькопрофільних спеціалістів, які будуть надавати консультації на вторинному рівні у кожній області за своїм напрямком.

«Таким чином, ми чітко будемо знати пул спеціалістів, які працюють по країні, консультуючи наших сімейних лікарів.

Ми розуміємо, що вже працює програмне забезпечення як база даних, зв'язок у деяких областях між первинним та вторинним рівнем, передача електрокардіограм (ЕКГ) та аналізів. Але для нас дуже важливо, щоб кожна область, маючи технічне завдання, могла підійти до розробки, враховуючи особливості самої мережі медичних закладів і цих баз даних, які вже запущені.

Необхідно також показати, що українці, які проживають у сільській місцевості, мають бути здоровими, і це є пріоритетом для держави, яка має потужний потенціал розвитку економіки саме завдяки прогресу в агропромислому комплексі», — зауважив посадовець.

### Народні депутати зацікавлені у розвитку сільської медицини



**Сергій Березенко**, народний депутат України, член Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, наголосив, що значення розвитку сільської медицини важко переоцінити. Система охорони здоров'я в країні сьогодні тільки виходить із кризи, що, безумовно, викликано прийняттям Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», за який так довго боролися в Парламенті. Він зазначив, що медична реформа рухається

достатньо вдало, і більшість народних депутатів оцінюють її значення і ефективність досить високо. Найбільше занепокоєння викликає якраз сільська медицина. Адже, якщо в містах важко знайти якісну медичну допомогу, то у сільській місцевості дуже важко знайти будь-яку медичну допомогу взагалі. Тому Програма Президента із забезпечення надання якісних медичних послуг у сільській місцевості зараз як ніколи актуальна. Весь минулий рік був витрачений на розробку відповідних нормативів, допуск тих чи інших амбулаторій у кожній області до будівництва. Це зайняло дуже багато часу, як і адаптація. Але на сьогодні процес активно пішов. За нашими даними, майже в усіх областях уже відбулися відповідні тендери і триває процес будівництва. Лідером є Кіровоградська область.

С. Березенко засвідчив велику зацікавленість народних депутатів України, які представляють усі регіони нашої держави, у реалізації цієї програми. Вони готові брати під патронат реалізацію таких проектів (розвитку сільської медицини — прим. ред.) у своїй місцевості, також вони мають змогу разом із бюджетним комітетом обговорювати залучення коштів програм соціально-економічного розвитку. Дуже багато народних обранців ініціюють спрямування державних коштів програми соціально-економічного розвитку на покращення матеріально-технічного забезпечення якраз таких нових амбулаторій.

У 2019 р. треба говорити про можливу реконструкцію таких амбулаторій, оскільки є багато об'єктів, які можуть бути частково реконструйовані із залученням коштів місцевих бюджетів. Це той пріоритет, який, безумовно, буде розглядатися на подальших

засіданнях. Як мінімум, депутати вже дійшли згоди, що у 2019 р. велика кількість амбулаторій, яка була реконструйована до того, має отримати певне заохочення з боку держави. Тому буде надана можливість профінансуватися з даної програми на модернізацію матеріально-технічної бази, придбання медичного обладнання. Регіони, які заздалегідь прогнозували і планували реконструкцію та вже забезпечили високу якість надання медичних послуг саме в селах, повинні бути заохочені державою, у тому числі і придбанням автомобільного транспорту.

Отже, завдань дуже багато. Найголовніше зараз для народних депутатів здійснювати депутатський контроль для того, щоб цей проєкт реалізовувався. Усі кошти, виділені на Програму Президента у 2018 р. і які були не використаними, залишаються на рахунках обласних державних адміністрацій. Тепер і народні депутати, і весь український народ, особливо ті люди, які проживають у сільській місцевості, чекають на успішну реалізацію цього проєкту.

Г. Зубко додав, що 82% медичних амбулаторій у сільській місцевості не мають водопостачання. А це свідчить про неможливість їх залучення до надання якісної медичної послуги.

Метою є не будівництво нових амбулаторій і придбання додаткового обладнання, а зниження смертності і захворюваності, збільшення кількості людей, які підлягають моніторингу після перенесених захворювань, і подовження тривалості життя сільського населення.

«Окрім Кіровоградської, це Дніпропетровська, Рівненська, Харківська, Полтавська області, де ми чекаємо на реалізацію перших проєктів щодо впровадження телемедичної послуги», — зазначив Г. Зубко.

### Стан матеріальної бази та будівництво амбулаторій



**Лев Парчуладзе**, заступник міністра регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, нагадав, що в Україні 30% населення проживає у сільській місцевості, це 4 тис. амбулаторій і майже 13 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП): «Майже 80% із них у дуже поганому стані. Немає водопостачання і водовідведення, навіть немає туалетів. Більшість із них перебувають в аварійному стані, мають грибок, плісняву, яку не вивести. Дорожче ремонтувати такі приміщення, ніж побудувати нову амбулаторію. Ініціатива Президента України П. Порошенка, яка зараз впроваджується, змінює цю ситуацію. Розроблено методику формування спроможних мереж. Відстань до амбулаторії не має перевищувати 7 км по дорогах із твердим покриттям, навантаженість має становити 1500 осіб на лікаря. Відповідно до розробленої методики, в цій мережі зараз є 5197 закладів первинної медичної допомоги, із них 4223 амбулаторії — це спроможна мережа у сільській місцевості. Потреба в новому будівництві — приблизно 700 амбулаторій, вже затверджено 517. Розроблено вимоги та зразки амбулаторій, а також типові рішення щодо планування трьох типів закладів. Це монопрактика на 1–2 лікарів з житлом або без житла і групова практика на 3–4 і 5–7 лікарів.

Також розроблено інформаційний посібник, в якому наведено усі необхідні рекомендації з будівництва, проектування, технічних завдань та капітального ремонту, і табель їх оснащення немедичним і медичним обладнанням. Це дало змогу нашим колегам швидше прийняти рішення.

Вартість будівництва не буде перевищувати 28 тис. грн. за квадратний метр. Це дуже важливо. Фінансування у вигляді субвенції — 5 млрд грн. у 2018 р. і 1 млрд грн. — у 2019 р. За субвенцією вже фінансується будівництво 517 амбулаторій та закупівля 514 службових автомобілів. Для цього вже освоєно приблизно 3 млрд грн., залишається ще майже 2,7 млрд грн.

Кожна побудована амбулаторія буде мати свій службовий автомобіль для лікаря. Уже закуплено 334 службових автомобілів у 16 областях, планується закупити ще 180, зараз тривають тендерні процедури. Загалом розпочато будівництво близько

300 об'єктів, це майже ¾ загальної кількості. Також Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства розроблено календарний план, в якому прописано всі основні етапи проектів будівництва. У I кварталі 2019 р. планується ввести в експлуатацію понад 170 амбулаторій».

## МОЗ бере на себе відповідальність за медичну частину проекту



**Павло Ковтонюк**, заступник міністра охорони здоров'я України, на початку свого виступу розповів про загальну реформу первинної ланки. Зазначено, що вже покращилися умови оплати праці лікарів, пацієнти і лікарі стали мотивованими до змін. Те, що паралельно запроваджується система «Електронне здоров'я» і однією з вимог є комп'ютеризація медичних закладів, сприяло тому, що, за даними регіонів, 97% закладів первинної ланки на сьогодні мають комп'ютери. Тож час для впровадження телемедицини дуже вдалий.

## Як це буде працювати?

У сімейного лікаря буде можливість проконсультуватися або разом з пацієнтом, або самостійно з виділеним фахівцем в обласному медичному закладі. Департаменти охорони здоров'я повинні будуть забезпечити вибір цих фахівців і медичних закладів, а допомогти їм — це завдання МОЗ України. Міністерство бере на себе відповідальність за медичну частину цього проекту, і для цього залучені експерти національного рівня за 4 медичними напрямками. Вони будуть допомагати обирати фахівців на місцях і супроводжувати їх методологічно під час їхньої роботи.

Міністерство очікує від департаментів охорони здоров'я забезпечення того, щоб регіональні фахівці мали винагороду за цю додаткову роботу, тому що вона не входить у їх теперішню навантаженість. Ця система є простою, але дасть дуже швидкий результат для тих пацієнтів, які обрали лікарів у закладах первинної ланки з відповідним телемедичним обладнанням в 5 областях, які першими розпочнуть цей проект. Перспективи такого підходу виглядають оптимістичними.

## Особливості технічного завдання



**В'ячеслав Полясний**, представник Світового банку, презентував основні моменти технічного завдання, яке буде впроваджено в областях. З метою реалізації позицій, визначених Меморандумом, група охорони здоров'я Світового банку збирала команду міжнародних і національних експертів, які мали досвід реалізації найбільш успішних проектів в Канаді, Норвегії, Великій Британії і в Україні, для того, щоб розробити єдине рішення для нашої держави.

Перед командою стояло завдання провести аналіз досвіду європейських та інших держав щодо застосування телемедицини на первинній ланці охорони здоров'я з метою забезпечення пацієнтів медичною допомогою належної якості. Ще одним завданням було визначити оптимальну та комплексну модель організації, розробити ефективну модель, сформулювати вимоги до обладнання та програмного забезпечення, створити модель імплементації та оцінки ефективності проекту.

Команда експертів Світового банку ретельно ознайомила з регіональним досвідом впровадження телемедицини у Полтавській області на рівні Гадяцького району і обласних закладів та в Одеській області на рівні обласних закладів і Окнянського району.

## Посібник з впровадження телемедицини у сільській місцевості

Протягом жовтня–грудня 2018 р. шляхом проведення регулярних консультацій та обговорень з технічною робочою групою Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства та МОЗ України напрацьовано «По-

сібник з впровадження телемедицини в сільській місцевості в Україні». Він містить специфікації та рекомендації щодо способу налагодження, впровадження та функціонування найкращої практики телемедичних сервісів. Це достатньо ємний документ, в якому відображені майже усі необхідні інструменти для імплементації проекту з телемедицини в Україні.

### Основні розділи посібника:

- Технічна архітектура
- Специфікація для інфраструктури
- Процедура впровадження
- Інтерфейс інформаційних систем
- Інтерфейси приладів
- Інтеграція
- Каталог продуктів
- Стандарти
- Сервісна підтримка
- Процедура оцінки та ін.

Архітектура телемедичної системи складається з трьох основних блоків:

1. Пункт отримання медичних послуг, де основними діючими особами є пацієнт, фельдшер, сімейний лікар.

2. Віддалений пункт постачальника послуг, де основними діючими особами є консультанти, телемедичні центри, спеціалізовані центри, лікарі, спеціалізовані системи, інструменти та обладнання.

3. Їх усіх з'єднує, забезпечує комунікацію та обмін даними телемедичний сервісний центр, який відповідає за спілкування між отримувачем та надавачем медичних послуг.

Технічну архітектуру для телемедичних сервісів було розроблено для забезпечення захищеного, чіткого працюючого та надійного сервісу.

Дизайн технічної архітектури забезпечує простоту в розгортанні та технічному обслуговуванні, що є дуже важливим для нашої держави, за допомогою використання віртуальних дата-центрів і термінальних сервісів.

Увесь набір функціональних можливостей телемедицини забезпечує інтеграцію з медичними інформаційними системами. Телемедичний контакт здійснюється між лікуючим лікарем або пацієнтом, що перебуває в пункті отримання послуг (амбулаторія або ФАП), і лікарем-спеціалістом районного, обласного або національного рівня із забезпеченням права вільного вибору лікаря.

У центрі уваги кожного контакту має бути ідентифікація пацієнта.

Місцем надання медичних послуг є в першу чергу амбулаторія або ФАП, основним чинником для визначення якого є відстань та доступність до лікаря, доступність до медичних апаратів, приладів та фахових спеціалістів.

ФАПи та амбулаторії обладнаються мобільними або стаціонарними пристроями, які здатні реєструвати та передавати біометричні дані (ЕКГ, показники артеріального тиску, спірометрії) від фельдшера до сімейного лікаря або від сімейного лікаря до лікаря-спеціаліста вищого рівня з можливістю проведення телеконсультації.

Телемедичний сервіс надає інфраструктуру та додатки до системи телемедицини, що дозволяє проводити сеанси зв'язку між точкою обслуговування та пунктом віддаленого постачальника послуг телемедицини. Він включає в себе реєстр лікарів-користувачів, телемедичні сервіси, сервісні додатки, сховища даних, сховища зображень, інтеграційну систему. Цей шар архітектури включає системи, які забезпечують основні засоби, необхідні для роботи телемедицини.

Віддалений пункт постачальника медичних послуг — це місце фізичного розташування лікарів, консультантів, спеціалістів, в якому надають медичні послуги, поради чи висловлюють свою думку, яку потрібно передати до віддаленої точки отримання послуг. Віддаленим постачальником послуг може бути як спеціалізований центр, так і лікарня, поліклініка або окремі лікарі, які зареєстровані у телемедичному сервісі та мають відповідні засоби, приміщення та стаціонарне чи мобільне обладнання, необхідне для віддаленого зв'язку. Наприклад, це може бути сімейний лікар, що надає пораду фельдшеру у сільській амбулаторії, або сімейний лікар і лікар-спеціаліст районного, обласного або національного рівня, з яким є необхідність здійснити телемедичну консультацію.

Кожен конкретний телемедичний сервіс матиме свій власний функціональний профіль.

Основні функціональні профілі — це телеконсультація, телекардіологія, телепатологія, теледерматологія, телерадіологія, телеосвіта.

Найбільш важливим і зв'язуючим є профіль телеконсультації, який має бути реалізований перш за все поряд з телемониторингом хронічних захворювань за 4 напрямками.

Побудова єдиної регіональної системи, ефективної і самодостатньої, згідно з цим посібником, дозволить значно підвищити медичні сервіси для мешканців віддалених сільських районів, зменшити кількість необґрунтованих звернень до медичних працівників, забезпечити системний моніторинг основних захворювань, своєчасне коригування лікування. Тобто створить найбільший комфорт для людей, які проживають у віддалених районах, і в них завжди буде можливість отримати експертну думку спеціаліста будь-якого рівня у будь-якому куточку нашої держави.

Коментуючи цей виступ, Г. Зубко наголосив, що міжнародні партнери фактично зламали ментальність підходу до телемедичної послуги, показавши, як це працює конкретно в Канаді, в провінції Онтаріо. Таким чином вже не тільки спілкуються сімейний лікар з вузькопрофільним спеціалістом, а й людина, яка перебуває на моніторингу, має доступ до вузькопрофільного спеціаліста.

Перед сімейними лікарями і вузькопрофільними спеціалістами відкривається новий кластер можливостей, а українці зможуть отримати згідно з цією методикою доступ до якісних консультацій.

На сьогодні у нас дуже важливо перейти до спілкування закладу із закладом, тому що телемедична послуга — це зв'язок сімейного лікаря з вузькопрофільним спеціалістом, який може надавати консультацію незалежно від того, де він знаходиться.

### Запровадження телемедицини може змінити ситуацію в кардіології у найближчі місяці



**Максим Соколов**, доктор медичних наук, член правління Асоціації інтервенційних кардіологів України, зазначив, що 12 млн людей в Україні хворіють на артеріальну гіпертензію, 12 млн — ішемічну хворобу серця, 3 млн — різні цереброваскулярні порушення. Із 45 тис. хворих з інфарктами, які фіксуються в країні, тільки половина пацієнтів отримують реперфузійну терапію.

Телемедицина може позитивно вирішити більшість із цих питань. Крім того, чим частіше ми будемо виявляти і контролювати ці хвороби за допомогою нових технологій, тим нижчою буде смертність. Через телекомунікаційну систему можуть передаватися результати більшості досліджень, які проводяться в кардіології, — електрокардіографія, ультразвукове дослідження серця тощо. Більшість екстрених рішень у кардіології залежать від сімейного лікаря — як швидко пацієнт поступить у стаціонар, у який саме стаціонар. Онлайн-консультації пацієнта з підозрою на гострий інфаркт міокарда для швидкого транспортування є вкрай важливими і можуть відразу, у найближчі місяці, змінити ситуацію в кардіології. Передавання ЕКГ каналами телекомунікації дозволить центру, до якого буде спрямовано хворого, підготуватися і надати максимально ефективну допомогу. Це також сприятиме зниженню летальності і з часом — смертності пацієнтів із серцево-судинними хворобами.

ЕКГ — це те, з чого все починається. Дуже простий, але ефективний і недорогий засіб діагностики. А якщо з'явиться можливість ділитися цією інформацією зі спеціалістами більш високого рівня, аналізувати її в обласних або столичних клініках, то сімейний лікар вже не буде залишатися наодинці у боротьбі із серцево-судинними захворюваннями. Ці комунікації стануть сполучною тканиною усієї кардіології.

Також телемедичні послуги стануть у нагоді і для ведення пацієнтів після стаціонарного лікування.

### Очікувані результати

Застосування телемедичних технологій в кардіології на рівні первинної ланки може дозволити змінити якість медичної допомоги, діагностики, забезпечити своєчасну госпіталізацію, що є вкрай важливим для пацієнтів з інфарктом міокарда. Ці технології

кардинально змінять ефективність роботи реперфузійних центрів, і зниження госпітальної летальності можна очікувати доволі швидко, особливо якщо мова йде про гострий інфаркт міокарда та гострий коронарний синдром.

Коментуючи цей виступ, Г. Зубко підкреслив, що дуже важливо, якщо пацієнт буде доставлений саме туди, де йому можуть надати допомогу. Адже якщо пацієнта з інфарктом привозять просто до районної лікарні, то там не завжди можна отримати увесь необхідний обсяг допомоги.

### Хронічне обструктивне захворювання легень та бронхіальна астма — ще дві хвороби, тягар яких може бути зменшено із запровадженням телемедицини



**Юрій Бісюк**, доктор медичних наук, професор кафедри клінічної, лабораторної імунології та алергології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зробив акцент на таких двох хворобах, як бронхіальна астма та хронічне обструктивне захворювання легень.

Він наголосив, що на сьогодні в Україні зареєстровано приблизно 1 млн 750 тис. хворих на бронхіальну астму і близько 2 млн 700 тис. — на хронічне обструктивне захворювання легень. Це глобальна проблема не тільки в Україні, але й у світі. І саме мешканці сіл дуже рідко мають можливість отримати якісну спеціалізовану медичну допомогу. Впровадження телемедицини має виправити цю ситуацію. Майже 80% пацієнтів з бронхіальною астмою та хронічним обструктивним захворюванням легень отримують медичну допомогу на первинній ланці.

Багато метааналізів свідчать, що саме впровадження телемедицини дозволяє краще контролювати симптоми пацієнтом, підвищує якість життя, зменшує кількість днів непрацездатності, що є дуже важливим для економіки країни, і знижує частоту візитів до лікаря як загального профілю, так і вузького спеціаліста.

Основний принцип, який допоможе запровадити телемедицину в пульмонології і алергології, — це електронна пульсоксиметрія, пікфлоуметрія і спірометрія. Інформація про ці дослідження буде інтегрована в електронну систему охорони здоров'я, і її зможуть бачити як лікарі загальної практики, так і вузькі спеціалісти. Для цього необхідне запровадження електронних щоденників для контролювання симптомів бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень, проведення пульсоксиметрії, пікфлоуметрії, інтеграції цих показників в електронній системі охорони здоров'я, надання доступу вузькому спеціалісту до цих даних з наступною корекцією діагнозу і плану лікування.

«Також впровадження телемедицини дозволить пацієнтам у сільській місцевості отримати високоспеціалізовану медичну допомогу у найкоротші терміни — це може бути навіть 1 день. Вузький спеціаліст може додатково кожного дня заходити в цю систему і дивитися, яке лікування призначив сімейний лікар. Адже сьогодні саме сімейним лікарям, на яких лежить найбільший тягар реформи, необхідна допомога у вигляді консультації вузьких спеціалістів», — зазначив Ю. Бісюк.

### Для пацієнтів з ендокринною патологією проводитимуться телемедичні консилиуми



**Олександр Товкай**, директор Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, повідомив, що команда Центру готова всляго підтримувати і розвивати проект з надання телемедичної допомоги. Адже ендокринну патологію часто виявляють на пізній стадії, коли вже розвиваються ускладнення, а це неприпустимо. Дуже важливими є своєчасна діагностика, компенсація дисфункцій і запобігання ускладненням ендокринної патології. І в цьому значно допоможуть телемедичні

послуги, коли сімейний лікар зможе працювати разом з вузьким спеціалістом. Перш за все це стосується цукрового діабету, в тому числі у дітей, а також патології щитоподібної залози.

У чому полягатиме застосування телемедицини в ендокринології:

- віддаленні консультації сімейних лікарів вузькими спеціалістами з питань ендокринології;
- своєчасне виявлення ендокринної патології. Скерування на подальше спеціалізоване обстеження і призначення лікування, що сприятиме зменшенню кількості ускладнень та інвалідизації;
- скорочення частоти необґрунтованих візитів пацієнтів до закладів вторинного і третинного рівня для встановлення діагнозу. Особливо це важливо для пацієнтів літнього віку та дітей, які мешкають у сільській місцевості.

Схематично телемедичне консультування можна представити таким чином:

1. Пацієнт звертається до первинної ланки.
2. Сімейний лікар звертається до ендокринолога у регіональному центрі.

3. За необхідності лікар-ендокринолог звертається на третинний рівень надання медичної допомоги (до центру) і отримує консультацію ендокринолога, діабетолога, судинного хірурга, дитячого ендокринолога, ендокринного хірурга, гінеколога-ендокринолога, лікаря хірурга-подолога. За необхідності центр готовий проводити телемедичний консилиум.

Телеконсультації можуть мати як невідкладний, так і плановий характер.

Невідкладні телеконсультації мають застосовуватися насамперед для дітей, у яких вперше виявлено цукровий діабет. Планові консультації мають проводитися для пацієнтів, яким необхідна корекція лікування та рекомендації щодо їх ведення.

## Очікування

1. Зменшення часу на проведення консультації вузькопрофільного спеціаліста.
2. Прискорення встановлення діагнозу.
3. Проведення корекції лікування у межах одного візиту до сімейного лікаря.
4. Запобігання розвитку ускладнень ендокринних хвороб.

## 20% населення України мають дерматологічну патологію



**Олександр Літус**, професор, завідувач кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зазначив, що без телемедичних консультацій спеціаліста-дерматовенеролога сімейний лікар не впорається з виявленням і лікуванням цієї патології. У провінції Онтаріо, Канада, 20% телемедичних консультацій припадає саме на дерматологічні нозологічні форми. Дерматологія відповідає за такий показник, як якість життя людини.

На сьогодні вітчизняна дерматологічна служба може повністю забезпечити надання кваліфікованих послуг населенню України. Використовуючи набір обладнання (комп'ютер з відеокамерою), який є у сімейного лікаря, можна проводити ефективні телемедичні консультації і прокладати маршрут пацієнта для подальшого обстеження та лікування.

Серед методів, які використовуватимуться, — теледерматоскопія, домашня телемедицина задля контролю над хронічними захворюваннями, сортування пацієнтів (встановлення діагнозу без відвідування пацієнтом спеціалізованих медичних закладів).

## Підсумки наради

Підводячи підсумок селекторної наради, Г. Зубко наголосив, що для впровадження телемедицини необхідно разом із національними експертами відібрати команди вузькопрофільних спеціалістів, які будуть працювати у кожній області. Команда може включати від 30 до 50 людей, у неї будуть входити кардіологи, дерматологи, ендокринологи, алергологи і пульмонологи. Це люди, які першими візьмуть на себе можливість впровадження такої процедури. Для цього дуже важливою є активна участь директорів департаментів охорони здоров'я на місцях, команди обласних державних адміністрацій тощо.

*Олександр Устінюв,  
фото Сергія Бека*

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Колоректальний рак: що необхідно знати лікарю і пацієнту



Березень — місяць, присвячений боротьбі з колоректальним раком. Про це повідомляють у МОЗ України та нагадують, що протягом цього місяця по всьому світу традиційно проходять акції та різні події, щоб привернути увагу до проблеми цього виду раку.

#### Колоректальний рак: ситуація в Україні та світі

Ця проблема має великі масштаби. У світі колоректальний рак посідає провідні позиції серед онкологічних хвороб — 1,8 млн нових випадків та близько 860 тис. смертей було зафіксовано минулого року. З кожним роком ці цифри зростають.

За даними Національного інституту раку, колоректальний рак посідає друге місце у структурі захворюваності та смертності в Україні. Щороку вперше виявляють близько 16 тис. нових випадків.

#### Фактори ризику

Ризик захворіти на колоректальний рак зростає з віком. Найчастіше на нього хворіють люди віком старше 50 років. Зазвичай хвороба розвивається повільно та тривалий час людина не знає, що хворіє на неї. Особливо на ранніх стадіях.

Серед факторів, які підвищують ризики виникнення колоректального раку, також надмірна маса тіла, спосіб харчування (мало клітковини, багато червоного м'яса та процесованих продуктів), відсутність фізичної активності, вживання алкоголю та куріння. Якщо в сім'ї близький родич мав колоректальний рак, особливо у віці молодше 50 років, — це також підвищує ризики захворіти.

#### Симптоми захворювання

Симптоми, за яких треба негайно звернутися до лікаря:

- біль в животі;
- наявність крові під час випорожнень;
- зміни характеру випорожнень;
- порушення роботи кишечника (запори або діарея).

#### Як лікується колоректальний рак

Ефективність лікування пацієнтів з колоректальним раком залежить від стадії, на якій його було виявлено. Тому своєчасна діагностика надзвичайно важлива. Вчасне проходження скринінгу та подальше лікування знижують ризик захворювання на 20%.

За рекомендаціями щодо скринінгу колоректального раку, щороку потрібно робити аналіз калу на приховану кров та робити колоноскопію кожні 10 років (починаючи з 50 років).

#### Безоплатні обстеження протягом березня

Протягом всього березня в Києві проходить акція — люди віком старше 50 років мають можливість здати аналіз, зробити колоноскопію та отримати консультацію лікаря-онколога безоплатно. Така акція відбувається за сприяння Національного інституту раку та громадської організації «Європаколон Україна».

#### Інформація для лікарів

Клінічний протокол лікування колоректального раку. Рак товстої кишки. Невідкладні стани: непрохідність і перфорація. Клінічні рекомендації.

*Прес-служба «Українського медичного часопису»*