



**Беседа с директором Украинского научно-практического центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Министерства здравоохранения Украины, главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Украины по Медицине неотложных состояний, заслуженным врачом Украины Владимиром дмитриевичем Юрченко.**

{pub} Для просмотра полного текста статьи - [ВОЙДИТЕ](#) или [ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ](#)/{pub} {reg}

**Редактор (р.): Владимир Дмитриевич, Ваше мнение о необходимости реформирования системы здравоохранения.**

**Владимир Дмитриевич (В. Д.):** Для понимания проблемы, немного статистики: смертность населения Украины – 15,2 человек на 1 тыс. населения, в то время как в странах ЕС – 6,7 человек. За 15 лет украинское население сократилось почти на 6,5 млн человек – с 52,2 млн до 45,6 млн.

Треть умерших – это люди трудоспособного возраста.

По данным Мирового банка, потери украинской экономики только от дорожно-транспортных происшествий ежегодно составляют \$5 млрд.

Коэффициент количества медицинских учреждений первичной помощи на 10 тыс. человек в нашей стране составляет 1,2, в то время как в странах Европы он равняется 4,9.

В Украине количество учреждений первичной медицинской помощи в три раза меньше, чем в странах Европы.

В то же время количество учреждений вторичной (специализированной) помощи превышает в два раза количество таких клиник в Европе. Это чрезмерная специализация медучреждений. Поэтому, первичную медицинскую помощь нам сложнее получить, чем вторичную. Простыми словами – количество койко-мест в наших больницах вдвое больше, чем в европейских странах, а продолжительность жизни на 10 лет короче.

С другой стороны, на одного больного находящегося в стационаре у нас выделяется 83 копейки в сутки. Можем ли мы требовать от хорошего врача, чтобы за эту сумму он предложил больному качественную медицинскую помощь?

Этим определяется особое внимание Президента В.Ф. Януковича и правительства к ходу медицинской реформы и полное понимание необходимости строить медицину в стране на трех составляющих:

- профилактика заболеваний;
- своевременность получения медицинской помощи;
- равенство в доступности к качественному лечению.

**Р. : С 1 января 2013 года вступил в силу Закон Украины «об экстренной медицинской помощи». Каковы его первые шаги?**

В. Д.: Главное – меняется идеология и понимание на местах (в регионах) правильности выбранного пути. Ведь ни для кого не секрет, что существующий масштаб проблем в сфере экстренной медицины очень большой, начиная от проблемы вызова бригады экстренной (скорой) медицинской помощи до материально-технического оснащения бригад санитарным транспортом, отвечающим существующему Государственному стандарту, обеспечения выездных бригад медикаментами и адекватной современной

медицинской аппаратурой, предметами медицинского назначения.

Повсеместно происходит реорганизация и создание новых станций скорой помощи в крупных городах, создаются централизованные диспетчерские центры, машины экстренной медицинской помощи оснащаются средствами связи, включая приборы GPS. Меняется режим работы – машины скорой помощи будут находиться в ждущем режиме.

Кроме того, обновляются и технические средства, появляются новые машины, оборудованные современными аппаратами, оснащенные набором необходимых лекарств.

Большинство машин скорой помощи в Украине сейчас практически без какого-либо специализированного оборудования эксплуатируются уже более 20 лет. Как пример – Днепропетровщина, область с населением 3,3 млн человек, протяженность – 400 км, имеет 34 административно-территориальные единицы. До 2012 года служба скорой медицинской помощи была достаточно децентрализованной и включала 4 станции скорой помощи, 19 подстанций и 47 отделений, которые финансировались из местных бюджетов. Ее автопарк был недоукомплектован санитарным транспортом, а среди существующего – 30% «скорых» нуждались в списании. Существует проблема низкой укомплектованности физическими лицами врачей – 58,8%, среди них – 40% лица пенсионного возраста.

Дефицит материально-технического и кадрового обеспечения службы скорой медицинской помощи, административно-территориальный принцип обслуживания, когда на некоторых территориях радиус действия обслуживания составлял от 30 до 50 км, не позволял обеспечивать нормативную доставку пациентов и своевременность предоставления медицинской помощи.

**Р.: Кроме модернизации технической базы службы экстренной помощи, что еще предусматривает новый закон?**

В. Д.: Если коротко, то обучение, тренировка и сертификация медицинского персонала. До недавнего времени у нас в стране отсутствовала специальность – врач экстренной медицины. А это около 5,5 тысяч врачей «Скорой помощи», еще столько же – врачей приемных отделений стационаров, 20,3 тысячи фельдшеров и медсестер...

В Европе развернуты широкомасштабные курсы обучения с последующей тренировкой и сертификацией знаний и умения (практических навыков), существует программа периодической тренировки медицинского персонала по экстренному оказанию помощи в той или иной ситуации. И это реальная задача. Дело в том, что проблемы оказания эффективной неотложной помощи актуальны и для стран Запада.

В прошлом году опубликованы результаты проверки в одном из сельских округов Швеции. При оценке умения сотрудников отделения неотложной медицинской помощи поддерживать основные жизненные функции пациента и компетентно пользоваться автоматическим внешним дефибриллятором, было выяснено, что сотрудники получили только 70% возможных баллов. Дыхательные объемы были большими, чем рекомендованные соответствующим Руководством, только 55% работников смогли достигнуть правильной глубины компрессии грудной клетки во время наружного массажа сердца.

Проверку безопасности при дефибрилляции не смогли пройти 65% работников скорой помощи. Эти неутешительные результаты привели к тому, что на прибрежном острове Борнхольм (население более 42 тысяч населения) на протяжении 3-х лет (2001-2003 гг.) ни один пациент не выжил после внезапной остановки сердца.

Умение сотрудников в проведении сердечно-легочной реанимации в Норвегии оценивается на манекенах для тренинга по реанимации согласно национальным рекомендациям ResuscitAnne HLR-D и Европейскому руководству по реанимации 2005 года.

К манекену, как правило, присоединяется монитор Laerdal PC, который регистрирует данные про размещение рук при массаже, глубину компрессии, общее количество компрессий и вдохов, общее время между проверками восстановления кровообращения, время задержки первой компрессии и вдоха, время до первого удара сердца. Мы также планируем создать такие же центры.

**Р.: Опыт какой европейской державы в развитии скорой медицинской помощи более близкий нам по духу и возможности воспроизведения?**

В. Д.: В каждой европейской стране есть рациональные моменты организации, которые нам были бы очень полезны. Особо я хотел бы обсудить опыт наших соседей – поляков.

В стране: 1450 бригад скорой медицинской помощи, 206 отделений неотложной помощи, 17 вертолетов санитарной авиации, 14 больниц интенсивного лечения. Центры травмы регламентированы законом – 1 центр на 1-1,5 млн населения.

При МЗ Польши создан Департамент санитарной авиации, главной задачей которого есть организация работы санитарной авиации в стране. На протяжении 2009 года было совершено 5904 вылета, в 2010 г. – 6696 вылетов, в 2011 г. – 8833 вылета. За 2012 год с использованием санитарной авиации была предоставлена помощь 60 000 пациентам!

По опыту польских коллег необходимо сформировать управленческую структуру, на которую возложить ответственность за организацию санитарной авиации в стране. На это нужно всего 1-1,5 года. Для внедрения санитарной авиации в Украине необходимо определить следующие этапы: строительство вертолетных площадок; приобретение самих вертолетов; создание специализированных медицинских бригад и формирований, персонал которых и по состоянию здоровья и по уровню профессиональной подготовки способен работать как в условиях повседневной деятельности, так и в экстремальных условиях ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, аварий или катастроф; организация диспетчерской службы; подготовка нормативных документов.

**Р.: Владимир Дмитриевич, «реформа медицины», «улучшение экстренной помощи», «оптимизация первичного медицинского звена» – эти выражения являются знаковыми этапами современной украинской медицины. но, все знают, что Украина на первом месте в европе по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. и это, прежде всего, острый инфаркт миокарда (оим). По европейским данным 40-50% больных с острым инфарктом миокарда умирает на дому....**

В. Д.: Я понял, о чем Вы хотите спросить.

Проблема неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом и ОИМ (острым инфарктом миокарда) в частности, существует не только в Украине, но и во всем мире. С целью оптимизации были созданы региональные системы помощи во многих странах Европы. Независимо от метода работы, общей целью этих структур является ранняя диагностика ОИМ с подъемом ST на электрокардиограмме, соответствующее лечение этих пациентов и своевременная доставка в стационар. Основная задача – сократить время задержки от появления симптомов инфаркта до эффективной реперфузии миокарда. Есть два пути для достижения этой цели.

Первый – предполагает проведение реперфузирующего миокард лечения пациента на догоспитальном этапе, в результате чего оптимальная терапия, включая тромболитические, антитромбиновые препараты вводятся в машине скорой помощи и больной транспортируется в отделение неотложной помощи (блок интенсивной терапии и реанимации).

Вторым вариантом является проведение неотложных лечебных процедур на догоспитальном этапе и пациент как можно скорее транспортируется в больницу, где возможно проведение первичного коронарного вмешательства.

Реальные данные различных подходов в системе помощи можно рассмотреть на моделях Вены в Австрии и SAMU-регистра во Франции, где как раз и предоставлены результаты двух различных подходов.

Опыт Вены. В марте 2003 года по инициативе правительства, в Вене начата организация реперфузионной стратегии острого коронарного синдрома. Созданная программа направлена в первую очередь на улучшение использования терапии ОИМ с подъемом сегмента ST и определение эффектов от реализации руководящих принципов по терапевтической эффективности.

Система обеспечила создание унифицированных катетеризационных лабораторий с осуществлением централизованной сетевой сортировки больных по венской системе скорой помощи. В связи с опубликованными Рекомендациями, тромболитическая терапия проводилась либо до прибытия в больницу или в больнице, в случае, если первичное коронарное вмешательство не могло быть предложено своевременно.

Одновременно с этим, созданы единый реестр учета всех больных с инфарктом и специальная структура для текущего контроля и обеспечения качества лечения этих больных.

Результаты Венского реестра показывают, что с 2002 по 2004 год произошел сдвиг в частоте использования различных типов реперфузионной терапии, имело место снижение использования тромболизиса и увеличение использования первичного коронарного вмешательства, и, что особенно важно, снижение доли пациентов, которые не получали реперфузионную терапию совсем. Тем не менее, даже с очень хорошо организованной сетью скорой помощи, австрийские специалисты утверждают, что по-прежнему трудно сократить время задержки от начала симптомов до начала реперфузионной терапии.

Интересно, что пациенты, которые прошли через первичное коронарное вмешательство, очень редко попадали в рекомендуемый временной интервал, в пределах 2 часов от появления симптомов болезни (14,6%), в то время как у 50,5% пациентов, получивших тромболизис, он был проведен в сроки до 2 часов. Необходимо указать, что после тромболитической терапии, 91% пациентов с ОИМ подверглись коронарной ангиографии, из них – 50% сразу и 41% в течение первых 1-5 дней после тромболизиса.

В целом, уровень смертности у пациентов, которые не получали реперфузионной терапии, был достоверно выше, чем у тех пациентов, которые получили первичное коронарное вмешательство или тромболитическую терапию (18,4 против 8,1 и 8,2%, соответственно). Необходимо заметить, что у пациентов, которые начали лечение раньше (0-2 ч от начала боли), было небольшое преимущество в смертности в случае проведения тромболитической терапии по сравнению с первичным коронарным вмешательством (5,1 против 7,8%). При бóльшей задержке реперфузионной терапии, преимущество в снижении смертности было в группе первичного коронарного вмешательства, в случае если задержка реперфузионной терапии составляла 2-6 часов (6,7 против 10,6%) или 6-12 часов (12,5 против 28,6%).

Французский опыт оказания помощи больным с ОИМ построен на системе SAMU.

Система SAMU является общенациональной системой, основанной чуть более 20 лет назад, и имеет единый общенациональный номер вызова. Существует один центр медицинского реагирования для каждого французского административного района

(SAMU-regional), который обслуживается одним или несколькими мобильными пунктами интенсивной терапии (MICU), которые могут обеспечить начало интенсивной терапии на месте происшествия и во время транспортировки.

По французскому законодательству, каждая бригада должна включать врача, как правило, анестезиолога или врача скорой помощи, медсестру и водителя, прошедшего подготовку в качестве ассистента скорой помощи. Сертифицированные команды MICU получают точное уведомление, в какой медицинский центр пациент должен быть доставлен.

Закон позволяет прямой допуск бригады MICU в соответствующее учреждение, в том числе и в катетеризационную лабораторию, отделение интенсивной терапии или блоки сердечной реанимации (CCU).

Следует указать, что для пациентов с ОИМ, поступивших в течение 12 часов после появления симптомов, первый медицинский контакт через SAMU был только у 37% больных, в то время как еще у 30% диагноз инфаркта был поставлен врачом общей практики и, наконец, 15% пациентов попали в отделение неотложной помощи самостоятельно.

Когда SAMU был использован, только 33% пациентов были доставлены в отделение неотложной помощи, 42% в CCU, а 24% – непосредственно в катетеризационную лабораторию. Если же система SAMU не была использована, то 75% пациентов с ОИМ были госпитализированы в отделение неотложной помощи, 12% – в CCU и только 10% – в катетеризационную лабораторию. То есть, налицо – значительная задержка пациентов на пути до проведения реперфузионной терапии при неправильной тактике селекции пациентов.

С точки зрения стратегии реперфузии, 21% больных с ОИМ получал догоспитальный тромболизис, другие 11% получили тромболитическую терапию в больнице, 38% прошли первичное коронарное вмешательство, а 30% не получили реперфузионной терапии вообще. Интересно, что тип реперфузионной терапии зависел от использования системы SAMU. Когда SAMU был использован, доля пациентов, получающих догоспитальную тромболитическую терапию, была значительно выше, чем тогда, когда она не была использована (36 против 13%), и наоборот, внутригоспитальный тромболизис использовался реже, в случае использования системы SAMU (7 против



14%) .

Важно отметить, что только 18% пациентов не имели реперфузионной терапии, когда они были приняты SAMU, по сравнению с 36%, когда другие маршруты были использованы.

Важно помнить, что время до тромболизиса на догоспитальном этапе составляло 40 минут, в больнице оно выросло до 84 минут, а первичное коронарное вмешательство проводилось в среднем через 130 минут после первичного врачебного контакта.

Другим фактором, влияющим на результаты лечения ОИМ – количество сторон, участвующих в госпитализации. Когда только один доктор (одна бригада) были вовлечены в догоспитальную диагностику, первичное лечение, дальнейшую транспортировку, больничная смертность составила 4,2%, однако этот показатель увеличивался до 5,5%, когда два специалиста или бригады были вовлечены и 9,7%, когда было три или более вовлеченных людей. Эти результаты еще раз подчеркивают важность правильной организации помощи пациентам с ИМ с подъемом ST. И хотя первичное коронарное вмешательство является эталонным методом реперфузии, его по-прежнему трудно применять во многих практических ситуациях и время задержки зачастую гораздо дольше, чем ожидалось. Поэтому, ранний тромболизис является разумным вариантом, но лучшие результаты, конечно, достигаются тогда, когда коронарная ангиография с или без первичного коронарного вмешательства, выполняется быстро (желательно в первые сутки) после этого.

**Р.: Идея реформирования неотложной помощи в Украине Вам очень близка. однако известно, что Вы до государственной службы долгое время работали анестезиологом-реаниматологом. и эффективные способы и методы реанимации тяжелых больных Вы знаете не понаслышке. скажите, какие принципы, методы или алгоритмы неотложной помощи Вы могли бы посоветовать знать молодым специалистам, возможно, предостеречь их от каких-либо ошибок.**

**В. Д.:** Вы знаете, молодежь не следует менторски поучать. Ее нужно заинтересовать, предоставить возможность получить высокопрофессиональную подготовку. Тем более, если это касается каких-либо интенсивных или реанимационных мероприятий.

На одной из зарубежных конференций, посвященных совершенствованию методов восстановления спонтанного кровообращения при экстремальных состояниях, я познакомился с документом, раскрывающим подходы к лечению тяжелого шока под редакцией д-ра Стоуна (Stone). В интервью этот документ невозможно осветить полностью, но вкратце эти подходы следующие.

Если пациент имеет систолическое АД 75-80 мм, но ментальная функция его сохранена, цель интенсивной терапии – поднять и стабилизировать АД на протяжении последующих нескольких дней, используя медикаментозную терапию.

Не использовать баллонный насос – контрпульсатор профилактически у всех пациентов высокого кардио-васкулярного риска, за исключением тяжелой прогрессирующей сердечной недостаточности или на переходном этапе при подготовке к сердечной хирургии.

При более тяжелых случаях – систолическое АД ниже 70 мм рт. ст. или если пациенту требуются высокие дозы инотропов, или вазопрессоров, необходим перевод на аппаратное кровообращение. Постановка баллонного контрпульсатора необходима при кардиогенном шоке только I или II степени (легкий или умеренный), когда возможно достижение сердечного выброса в пределах 4-5 литров в минуту.

Самое главное – при переводе на баллонную контрпульсацию, не акцентировать внимание только на цифрах АД, необходимо тщательно мониторировать показатели общей гемодинамики ЧСС, сатурацию O<sub>2</sub>, клиренс клубочковой фильтрации и т.д.

Полная сердечная поддержка необходима только при полной остановке сердечной деятельности, в этих случаях кроме контрпульсатора необходима экстракорпоральная мембранная оксигенация и полный обвод – байпас.

Необходимо помнить, что и другие клинические особенности остановки сердечной деятельности могут быть важными – необходимость бивентрикулярной поддержки при помощи ресинхронизатора, постановка временного электрокардиостимулятора при брадиаритмии. Острая необходимость эффективной оксигенации требует к баллонной поддержке сердечного выброса комплекс мероприятий по искусственной вентиляции

легких.

Рекомендации эти, на мой взгляд, универсальны и могут использоваться не только в интенсивной кардиологии.

**Р.: Что бы Вы хотели пожелать широкому кругу читателей журнала «Кардиология: от науки к практике»?**

**В. Д.:** Быть оптимистами. Сейчас время перемен, то есть, по старому и по привычке работать нельзя. В медицинской практике должен быть один надежный стержень – это глубокие знания, объединяющие все медицинские специальности. Однако любая информация со временем устаревает, а лечение «постаринке» уже никак не оправдывает себя.

Каждый год появляются все более эффективные, новые методы лечения, технологии, подходы, сформированные на основе последних научных открытий. К сожалению или к счастью понимание общих принципов иногда с успехом замещает незнание отдельных фактов, но этот путь не имеет в себе целостности, а значит настоящего профессионализма.

Только оптимизм и трудолюбие двигает прогресс. Только они заставляют изучать опыт других и делиться своим. А еще, желаю всем личного благополучия и творческих успехов в достижении благородных целей.

{/reg}