

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я на тему:
"Раптова серцева смерть – фактори ризику та
шляхи профілактики"

21 березня 2018 року

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги, дозвольте привітати вас і, власне, подякувати вам за якісну таку присутність на цьому "круглому столі", надзвичайно важливому, тому що за минулий рік тільки, мабуть ви знаєте, Україна втратила понад 200 тисяч свого населення. Це не смертність, це наш мінус. Тобто за минулий рік Україна стала менше на такий віртуальний Тернопіль або Івано-Франківськ. За один рік. І, на жаль, якщо порівняти, скільки українців померло за минулий рік в порівнянні з тим, скільки померло в 2016 році, то відсотково померло, на жаль, більше. Тобто ми можемо говорити про негативну тенденцію зменшення кількості людського потенціалу України і кількості нашого населення.

І розуміючи, що ми будемо державу, принаймні стараємося (ну, хтось старається, хтось заважає), але будувати державу без людей неможливо і захищати державу без людей неможливо, навіть боротися з корупцією без людей також неможливо. Саме тому я, власне, ініціювала, і це вже не перший "круглий стіл", який буде пов'язаний з точковим вирішенням проблем, так звані "горизонтальні реформи". Вертикальні реформи, на жаль, сьогодні не працюють, бо посилює, які в них надані, вони хибні. Без грошей реформувати систему охорону здоров'я не можна, не можна економити на здоров'ї людей. Але ми з вами можемо по горизонталі робити такі програми реальних дій, які будуть допомагати людям і шукати і фінансування на ці програми, а головне - правильно їх організувати так, щоб вони помагали реально людям, щоб надавали сервіс, щоб надавали якісну доступну допомогу.

Чому, власне, виникло у нас питання раптової смертності? У нас в залі тут присутній наш голова бюро судмедекспертизи, з яким ми розглядали, піднімали це питання рік тому і два роки тому. Аналізуючи, від чого найбільше помирає українців. Так от, щорічно від раптової смерті у нас гине 40-50 тисяч людей. Тобто в порівнянні з нашою війною раптова смертність забирає у нас на порядок більше людей. І що найбільш болісно? Що більшої частині цих смертей можна запобігти сьогодні, і це не потребує великих капіталовкладень. Для цього просто потрібно правильно підійти і знайти ті рішення, як зробити так, щоб і смертність від інфарктів у нас зменшилась, і смертність від інсультів у нас зменшилась, і зменшилась смертність, власне, від раптової смерті, одна з головних причин якої є саме кардіоваскулярні хвороби.

Тому мета нашого "круглого столу" дуже практична, дуже практична. Я дякую представникам областей, які сьогодні у нас тут. Для нас дуже важливо, щоб у нас була спільна з областями робота, щоб кожна людина в Україні відчувала те, що держава, власне, не держава, влада, а кожен з вас є владою: хтось у своїй лікарні, хтось у своєму обласному управлінні, що влада все ж таки дбає про людей, а держава дає захист.

Тому сьогодні ми з вами будемо шукати шляхи практичних рішень, які зміни потрібно внести в протоколи, в фінансування, в роботу Міністерства охорони здоров'я, в роботу управлінь охорони здоров'я, щоб дати людям піклування, а для держави отримати зменшення смертності і збільшення тривалості життя.

І саме в цьому ключі ми будемо працювати і з Міністерством охорони здоров'я. Я хочу сказати, що в нас тут присутній представник ДСНС, ні, Міністерства внутрішніх справ тепер вже. І буквально 31 березня в нас буде відкриття тренінгового центру для парамедиків і прошу, щоб ви не боялись того, що я вам зараз скажу, тому що моє бачення парамедиків поки що кардинально відрізняється від бачення Міністерства охорони здоров'я. Я називаю парамедиками не медиків. Так от цей тренінговий центр буде вчити рятувальників, пожежників, поліцейських для того, щоб якщо вони зустрічаються, щоб вони могли надати людині шанс дожити до приїзду "швидкої", яка має надати відповідну кваліфіковану допомогу. І цей тренінговий центр, в якому будуть проходити навчання наші всі поліцейські, всі пожежники, всі рятувальники.

Чому це дуже важливо для держави цей тренінговий центр за стандартами НАТО? Тому що кожен цей поліцейський колись вийде на пенсію, і рятувальник, і пожежник, якщо ми дивимось на 20 років вперед, і я дуже сподіваюсь, що наші вчителі фізкультури будуть зобов'язані проходити таке навчання, бо в нас є випадки смертей в школі, і якби вчитель, людина, яка має фізичну підготовку, мав би такі навички: "покачати", дати можливість до приїзду "швидкої" дожити, то абсолютно однозначно ми би врятували тих дітей, можливо, не всіх, але дали би шанс.

Тому весь цей контингент буде працювати, виходити на пенсію, жити в своїх селах, в районних центрах, в обласних центрах по всій Україні і тоді ті дефібрилятори, які ми поставимо на вокзалах, в аеропортах, на автобусних зупинках, тоді будуть люди, які будуть розуміти, що з ними робити і як потрібно ними користуватись. Тому те, що ми закладаємо цеглинки у фундамент майбутньої безпечної країни, я зараз будую країну на 20 років наперед, як мінімум, 20-30 років. І є чітке бачення, якою має бути наша держава.

Тому дякую ще раз всім вам. Не буду забирати час від наших професіоналів. Моє завдання і завдання комітету систематизувати всю ту

інформацію, яку ви будете надавати, і всі ваші пропозиції, як ми можемо рятувати життя наших людей, систематизувати і передати відповідні наші рішення комітету виконавчій владі, відповідним міністерствам, які будуть розробляти відповідні програми, відповідні рішення і далі контролювати, як це буде виконуватись.

Зараз надаю слово для привітання пану Костянтину Яринічу і потім народному депутату Олексію Кириченку.

ЯРИНІЧ К.В. Доброго дня, шановні колеги! Дуже приємно, що у нас є сьогодні можливість на такому високому рівні, я маю на увазі вашу присутність, а не нашу, вивчати питання серцевої хірургічної допомоги. Ви знаєте, в ситуації, в якій сьогодні знаходиться держава, є питання і до парламенту, є питання і до виконавчої служби. У мене немає стільки питань до професіоналів, які сьогодні зібралися в цій залі, тому що насправді у вас є всі можливості, крім тих, які повинна надавати держава. А кардіохірургія – це високовартісне обладнання, це високотехнологічне обладнання, якого інколи не вистачає у всіх регіонах нашої держави.

Так сталося, що у нас розвивається все-таки кардіологічна служба. І слава Богу, і це завдячуючи, мабуть, вам, вашій наполегливості, вашим старанням, вашим умінням. Я знаю, скільки кожен з вас їздить по територіях, по всій Україні, для того щоб передати свій безцінний досвід у всі регіони нашої держави. І тому дуже велике дякую вам за те, що ви робите. Але ж в той же час давайте не забувати, що цього недостатньо, і ваші руки, ваші вміння, вони не завжди спасають людей. Для цього ми сьогодні хотіли б знайти ті напрямки роботи, які треба почути кожному з нас, щоб ми їх обговорили з вами. Тому я не буду затримувати ваш час, а хотів би почути більше вас, щоб почуло Міністерство охорони здоров'я, які речі треба сьогодні вже робити для того, щоб ми і на первинному рівні, і на вторинному, і на третинному спасали наших пацієнтів.

Сьогодні я хотів би, щоб ми проговорили питання первинної і вторинної профілактики і того, що повинна зробити держава і кожен з нас для того, щоб здоров'я населення в плані кардіохірургічної допомоги все-таки було на найвищому рівні.

Тому не буду затримувати наш час і передаю слово нашому колезі.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Ми вже переходимо до виступів. І зараз надаю і запрошую до слова з першою нашою доповіддю експерта Міністерства охорони здоров'я України за напрямом "Кардіологія. Хірургія серця та магістральних судин", заступника директора з лікувально-координаційної

роботи Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України пана Костянтина Руденка - "Раптова серцева смерть – причини, наслідки, шляхи вирішення проблеми". 10 хвилин.

РУДЕНКО К.В. Вельмишановна Ольго Вадимівно! Вельмишановний Костянтин Володимировичу! Олексію Миколайовичу! Шановні колеги!

В першу чергу я хотів би подякувати за можливість кардіохірургічній спільноті виступити сьогодні перед вами. Безумовно, проблема раптової серцевої смерті, вона актуальна не тільки в Україні, вона актуальна у всьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я і по статистичних розрахунках, в Україні щорічно близько тисячі людей на мільйон може помирати раптово.

Наступний слайд. В структурі смертності, ви знаєте, що, на жаль, серцево-судинні захворювання посідають перше місце останніми роками. І цифра 67-68 відсотків, вона, на жаль, залишається сталою протягом останніх років.

Що таке раптова серцева смерть і чому вона актуальна? Це природна смерть внаслідок серцевої патології, якій передувала раптова втрата свідомості протягом години після маніфестації гострих симптомів. Це визначення по МКБ і класичне визначення. Ви знаєте, що фактично на теперішній час це питання не піднімалося у нас, тому що велика кількість раптових смертей, але статистично вони ніде не враховувалися, але (наступний слайд) резонансні смерті є, і в засобах масової інформації постійно ви можете подивитися наступні сюжети.

Це футбольний матч не в Україні, це Португалія. І, на жаль, той гравець, який падає на футбольне поле, врятувати його не вдається. На патологоанатомічному розтині була діагностовано кардіоміопатія, яка не була відома до настання таких трагічних моментів.

Наступний слайд.

Що ж в Україні? В Україні ми маємо змогу спостерігати такі сюжети. *(Перегляд відеосюжету)*

Ми знайшли цю сім'ю, сім'ю цієї дитини, запросили їх до Києва, і на базі інституту Амосова провели дослідження, в тому числі генетичне дослідження. Виявилось, що мати дівчини була хвора на гіпертрофічну кардіоміопатію. Не знали про це і не змогли врятувати дитину. Ми пролікували мати і вивели її з зони ризику по раптовій смерті, але, на жаль, дитину врятувати вже не вдалося.

Частка раптової серцевої смерті в загальній смертності. Ви бачите, що найбільш актуальна ця проблема в молодому віці, в дитячому віці.

Наступний слайд. В першу чергу, причинами раптової смерті є аритмологічні причини і аритмологічні і етіологічні чинники, про які сьогодні будуть доповідати нам керівники структурних підрозділів.

Основні питання: як врятувати людина, в якій сталася зупинка серця; якщо вдалося врятувати людину, що потрібно зробити, щоб не допустити повторної зупинки; як запобігти цій зупинці у тих, у кого імовірність підвищена.

Не все гаразд не тільки в Україні. От дивіться, Сполучені Штати Америки. Ми подивилися найбільш резонансні, найбільш такі відомі дослідження. В Чикаго до програми, яка були прийнята по запобіганню раптової смерті, виживання після зупинки серця (от у Нью-Йорку, Чикаго) було менше 2 відсотків. І по Україні такі ж показники. А от показники Маямі і Сієтл, це ті міста, де була прийнята програма по запобіганню раптової смерті, дозволили рятувати життя людей у 25-35 відсотках.

Які слабкі місця і чому люди помирають? Дійсно, момент, по-перше, необізнаності людей, що робити в цьому випадку. Потім, як правильно проводити реанімаційні заходи, що потрібно робити спеціалізованій реанімаційній службі, чому вони приїжджають невчасно.

Наступний слайд. І що зробили наші колеги в Америці для того, щоб цю ситуацію виправити і покращити? Перше, це навчання методом реанімації персоналу служб швидкого реагування не тільки медиків, але і поліції, і пожежних, то проблема, на якій зараз зосередилася Ольга Вадимівна, і про яку вона казала нам. Одночасний виклик декількох служб швидкого реагування дає змогу врятувати більше життів. І безумовно, це те, що ви бачили в усіх провідних країнах Європи – це встановлення автоматичних дефібриляторів у місцях скупчення людей. Вони є і на автобусних зупинках, і в аеропортах, супермаркетах, будь-де.

Одним із дійсно проблемних питань, про яке сьогодні, до речі, ми будемо слухати доповідь, це є ішемічна хвороба серця. І категорія пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда – це люди, які знаходяться в зоні ризику, безумовно, і кардіоміопатія в тому числі.

Наступний слайд. Якщо ми кажемо про профілактику раптової смерті, то слід розділити її на первинну і вторинну. Первинна профілактика дає змогу попередити розвитку таких трагічних фатальних подій, вторинна профілактика, безумовно, коли людину вдалося реанімувати, або вдалося встановити діагноз, який може призводити до раптової серцевої смерті, попередити шляхом профілактичних заходів.

Кардіовертери-дефібрилятори. Багато точилося дискусій, в тому числі і кардіохірургічному середовищі, і в кардіологічному, наскільки вони потрібні, тому що це високовартісне обладнання. Але дивіться, питання: чи можливо цю категорію пацієнтів лікувати медикаментозно? Всі провідні аналізи і

метааналізи, і рандомізоване дослідження показують все ж таки, що категорія пацієнтів, яким показана імплантація кардіовертерів-дефібриляторів, вона не може куватися адекватно медикаментозно.

Наступний слайд. В тому числі, якщо ми кажемо про інфаркт міокарда, і зараз, на щастя, у нас є хороша програма завдяки конструктивній позиції і Міністерства охорони здоров'я, і Верховної Ради, нашого уряду, є програма по реперфузійній мережі, яка дозволяє все ж таки перші отримувати позитивні результати по зниженню і смертності, і летальності після гострого інфаркту міокарда. Зрушення я. Але та категорія пацієнтів, які вже отримали інфаркт, ви бачите, що він має дисфункцію лівого шлуночка, вона потребує імплантації кардіовертерів-дефібриляторів, і дослідження, які останніми роками існують, вони показують, що з успіхом можна рятувати цю категорію пацієнтів.

Якщо ми кажемо про медичні покази, це одна складова цієї проблематики. У 2017 році вперше в рекомендаціях американського коледжу наші американські колеги вивели цю проблему в площину економічної, фінансової. Ви бачите, що по їх розрахункам, безумовно, і первинна, і вторинна профілактика раптової серцевої смерті дає в короткостроковій перспективі і ефект економічний, тому що та категорія пацієнтів, яка страждає і в зоні ризику, це працездатний вік і молоді люди. Наступний слайд.

Окремо хотілося б мені зупинися на той проблематиці, яку веде Національний інститут серцево-судинної хірургії імені Амосова, це гіпертрофічна кардіоміопатія. Наступний слайд. Саме внаслідок цієї тяжкої хвороба і померла ця дитина, яка була освітлена в сюжеті. Ця проблема є найбільш частою причиною раптової смерті у дітей, у молодих спортсменів і молодих людей.

Ви бачите, якщо ми беремо групу 100 людей, які мають гіпертрофічну кардіоміопатію, щорічно помирає до 10 процентів з цієї групи, це дуже-дуже велика цифра. Тому (наступний слайд) зайнялися комплексним лікуванням і діагностикою цієї проблематики. Останніми роками маємо хороші результати і успіхи. Ця хвороба, вона генетично обумовлена, і є ускладнення не тільки, як раптова смерть, це можуть бути інфаркти, інсульти.

Ми маємо один з найбільших матеріалів в Європі і у світі, навчилися лікувати цю хворобу і електрофізіологічно, і медикаментозно, і нам приходять на допомогу ендovasкулярні наші хірурги, інтервенційні кардіологи і, безумовно, класична хірургія дає змогу знизити смертність цієї категорії пацієнтів.

Наскільки ефективна ця хірургія? Хірургія ефективна. Ми бачимо, що останні дослідження, які провели наші американські колеги, показують, що ті люди, які проліковані хірургічно, в порівнянні з медикаментозною терапією

мають більший шанс на виживання і живуть достовірно довше. Але все ж таки ми можемо оперувати, можемо ставити стимулятори, спасати людей.

Проблема фібриляції шлуночків. Це ситуація, коли людина помирає, вона вирішується шляхом або імплантації кардіовертерів-дефібриляторів, або застосування зовнішніх. Це так виглядає. У людини фібриляція шлуночків. Є розряд, який рятує їй життя.

Ви бачите, що на теперішньому етапі розвитку кардіохірургії ці прилади абсолютно невеликі в порівнянні з тими великими імплантованими пристроями, які були ще 20 років тому. Наступний слайд. Потрібні вони чи не потрібні – імплантація штучних кардіовертерів-дефібриляторів імплантованих? Ви бачите, що основні дослідження, які в світі існують, вони показують, що при умові вчасної імплантації кардіовертерів-дефібриляторів вони зменшують рівень смертності більше ніж на 30 відсотків.

У нас є експертні центри і є, чим пишатися. На базі Інституту Амосова існує експертний центр по лікуванню гіпертрофічної кардіоміопатії і профілактики раптової смерті. І ми працюємо разом з провідною клінікою Європи, це клініка в Монсі, яка виступає за попередження раптової смерті, лікування пацієнтів з кардіоміопатіями (наступний слайд), і Асоціацією серцево-судинних хірургів у співдружності з Асоціацією аритмологів, тому що, на щастя, досягнуто консенсус практично по всім проблемним питанням між кардіохірургами і кардіологами, й інтервенційними кардіологами. Так от, нами була запропонована й розроблена дорожня карта по профілактиці раптової смерті, яка комплексно пропонує вирішувати це питання, починаючи від актуалізації проблеми, і сьогоднішня наша зустріч, вона дуже і дуже важлива, тому що за останні роки це вперше на такому високому рівні це питання піднімається. Після цього ми пропонуємо внести і імплементувати протоколи європейські і американські до наших українських реалій.

Безумовно, не охоплено і немає реєстру з пацієнтів, які знаходяться в зоні ризику по раптовій смерті. І ми хочемо створити цей реєстр такий же, як запропонований професором Соколовим. І він існує, і дуже успішно існує на теперішній час в Україні.

Важлива складова – це підготовка хірургічних бригад і кардіологічних бригад в регіональних центрах. І тому я дуже вдячний керівникам регіональних центрів, які зараз присутні тут. Ми вже почали цю роботу і в декілька регіонів їздили з майстер-класами і з науково-практичними конференціями. Безумовно, це окреме питання – кардіовертери-дефібрилятори, зменшення їх вартості, і над цим треба нам працювати і забезпечити за бюджетні кошти доступні кардіовертери для нашого населення. Безумовно, освітня робота і робота з університетами, з післядипломними медичними установами, вона дуже важлива.

І останній момент, який, на наш погляд, дуже важливий, це інформованість нашого населення і зміни в освітні програми і шкіл, і університетів, для того щоб дійсно вони (і студенти, і школярі, і фахівці) могли надавати допомогу цій важкій категорії пацієнтів.

Дякую вам за увагу. Ще раз дякую за можливість виступити.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Костянтинне. Я, з вашого дозволу, відразу коротко вам поставлю завдання. Враховуючи, що спільно з Міністерством внутрішніх справ розпочата робота по підготовці реагування тих людей, які є не медики, у мене прохання до вас проаналізувати програми навчання, які є, вони є затверджені, програми підготовки наших first респондерів. Тобто що мав би або не мав би зробити вчитель підготовлений чи пожежник, чи рятувальник для того, щоб не нашкодити.

Тобто у нас є наші програми, прохання, щоб ви дали саме в аспекті раптової смерті, щоб ви дали чіткі, щоб ми для них могли це включити в курс їх підготовки. Це може бути там 15-20-30 хвилин ознайомлення, щось, і далі, оскільки через цю систему, тобто мова зараз іде про те, що ви кажете – підготовка населення, або, знов-таки, дефібрилятори – ну ними хтось мусить уміти користуватися. Бо можна повісити дефібрилятори там на кожному стовпі – і що? Як, знаєте, в тому анекдоті. Кому воно допоможе, якщо не вміють люди ними користуватися? Тому ми закладаємо фундамент і збільшуємо загально в суспільстві тих людей, які розуміють, що це таке, чули, що це таке і знають, як потрібно на це реагувати.

Тому прошу, щоб ви взяли, і ще буде в рішенні "круглого столу" - віддати вам на рецензію цю програму, для того щоб ви її доопрацювали і дали ваше зауваження або запропонували невеликий курс для не медиків, що вони мають знати саме про раптову смерть для того, щоб правильно на неї відповісти і для того, щоб правильні вчинити дії.

І так само ваші пропозиції до Міністерства освіти і до Міністерства охорони здоров'я, яким чином мали би збиратись анамнез або оглядатись діти, які поступають в школу, в якому віці, молодша середня школа, що має бути задіяно, записано, обліковано для того, щоб виявляти таких дітей для того, щоб запобігти їх смерті, бо діти це майбутнє нашої держави. Дякую.

Пан Олексій, будь ласка, кнопку натискайте.

КИРИЧЕНКО О.М. Я прошу прощення за свой русский. Но, пожалуйста, простите меня, возможно, я что-то не до конца понимаю. Я очень благодарен, во-первых, что собралось очень высокопрофессиональное общество и мне интересно задать вопросы, потому что я вижу некоторую ангажированность. Я задаю вопрос, в первую очередь, практикующим врачам и кардиологам для того, чтобы они расставили акцент, какие именно

методы мы можем использовать, учитывая все-таки, что мы народные депутаты, для того, чтобы провести те самые мероприятия, которые, по вашей статистике, улучшили выживаемость людей, которые перенесли случаи, в десятки раз.

О чем я говорю? Возможно, это какие-то диспансерные программы, возможно, это в том числе мероприятия, о которых говорит Ольга Вадимовна, возможно, это те дефибрилляторы, которые висят в аэропорту, в школе и где либо еще, то у меня вопрос: насколько действенны эти методы, потому что, с моей точки зрения, вероятность того, что столкнется человек, который требует эту помощь, с дефибриллятором, который висит на столбе, крайне низкая. Вот все-таки первоочередность и важность мероприятий, которые нужно проводить, в какой последовательности. Как вы видите это?

РУДЕНКО К.В. Дякую за запитання. Я відповім. Ми вже почали цю роботу в декількох напрямках: в першу чергу, це огляд, скажемо так, таких проблемних категорій пацієнтів, в першу чергу, це діти, які або спортсмени, або групи ризику, безумовно. Ми почали оглядати вже спортивні школи, ми працюємо спільно. Сьогодні, на жаль, немає нашого президента Параолімпійського комітету пана Сушкевича. Вже почали працювати з параолімпійськими командами, плануємо диспансерний огляд олімпійської нашої команди, тому що дійсно це та проблемна категорія, яка існує. Це перше. Це дійсно діагностика.

Інша справа – лікування. Лікування може бути як хірургічне, як ми показали, ми вміємо оперувати, так і первинна, вторинна профілактика. Тут сьогодні буде виступ електрофізіологів, вони більш детально дадуть нам інформацію, як це можна попередити.

Тобто існують декілька напрямків. В першу чергу, те, що про цю проблему ми ніколи так конкретно не розповідали, тому що ми маємо 40 тисяч щорічно людей, які помирають, а сьогодні ми в кулуарах спілкувались з нашими колегами, що є області і вони не поодинокі, де в минулому році скільки людей померло раптово? 16, 19. Не тисяч, а людей. Це за статистикою. Тобто статистика ведеться абсолютно некоректно. Тому диспансеризація, стандарти і допомога після цього хірургічна і кардіологічна.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Переходимо до наступної доповіді. Запрошую до слова завідувача відділу електрофізіології Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України пана Стичинського Олександра

Сергійовича з доповіддю: "Комплекс заходів щодо боротьби з раптовою серцевою смертністю в Україні".

Я прошу вас дотримуватися регламенту. На доповідь у вас 10 хвилин.

СТИЧИНСЬКИЙ О.С. Уважаемый президиум, уважаемые коллеги, хотелось бы поделиться с вами своими соображениями, какие шаги мы можем предпринять в Украине по борьбе с вот этим вот большим серьезным злом.

Давайте начнем с вторичной профилактики внезапной сердечной смерти, потому что это наиболее тяжелый контингент. У них уже событие случилось, они чудом выжили, и естественно, стопроцентно уверились, что это событие когда-нибудь повториться.

Вот слева у нас представлено факсимиле последних рекомендаций международных по вторичной профилактике внезапной сердечной смерти. Здесь все предельно ясно: имплантация кардиовертера-дефибриллятора показана пациентам, у которых была либо фибрилляция, либо желудочковая тахикардия несовместимая с жизнью гемодинамически, и вторые пациенты, которые еще свою тахикардию переносят, но во всяком случае эти приступы довольно часто повторяются. То есть все здесь просто: 2 категории пациентов.

Однако, с моей точки зрения (следующий слайд, пожалуйста), возможности вторичной профилактики внезапной сердечной смерти ограничены. Вот здесь вот эти вот важнейшие цифры. Там вот цитаты конца 90-х годов. Хочу вам сказать, что за это время ничего не изменилось, за прошедшие 20 лет, и интегральный показатель внизу. В живых после остановки сердца остается около 3 процентов. По Европе эта цифра – 2 процента.

Поэтому рассчитывать, что мы сможем кого-то спасти путем вторичной профилактики, едва ли мы сможем им помочь.

Следующий слайд, пожалуйста. Вот это данные совершенно уникального исследования, оно одно. В Бельгии, в Брюсселе были опрошены простые жители. И видите, мы понимаем, что, несмотря на то, что в этой стране дефибрилляторы в общественных местах весят уже давным-давно, добрых лет 30 наверно, во всяком случае, рассчитывать, что вот так вот все население, все смогут и захотят оказывать эту помощь – едва ли, это было бы неправильно.

Таким образом мы подходим к следующей половине. Вероятно, наибольшую выгоду в решении проблемы мы должны ожидать от первичной профилактики внезапной сердечной смерти. То есть это выявление контингентов, для которых вероятность аритмической смерти наиболее

высока. Так оно и есть в жизни. Примерно 90-80 процентов имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов в странах мира, это дефибрилляторы, имплантируемые в качестве первичной профилактики внезапной смерти.

Следующий слайд, пожалуйста. Здесь тоже все предельно ясно. Здесь еще более ясно. Вот данные из рекомендаций. Два контингента, по поводу которых, зеленый цвет на левой картинке, это означает, что существует абсолютно единодушное согласие во всей медицинской общественности. Значит, это люди, у которых имеется недостаточность кровообращения со сниженной фракцией изгнания левого желудочка, менее 30%. Две когорты: это пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, и пациенты, имеющие такую вот кардиопатию - слабость сердечной мышцы без поражения коронарных сосудов.

Теперь давайте посмотрим на величину проблемы, если решать ее в Украине, с чем нам придется столкнуться.

Смотрите, мы апеллируем к такому вот ежегодному документу, это такой справочник, выпускаемый Европейской ассоциацией аритмологии, где нам сообщают о количестве всех видов антиритмических вмешательств, производящихся во всех странах Европы. Давайте посмотрим.

Следующий слайд, пожалуйста. Это количество имплантаций кардиовертеров-дефибрилляторов на 1 миллион населения в Европе. Лидером здесь является Германия – более 300 имплантаций на 1 миллион. Там первая Сан-Марино, но в Сан-Марино, скажем так, немножко искусственные условия. И Украина занимает очень-очень небольшое место. У нас имеется более чем 30-кратная разница.

Любят Украину сравнивать с нашим ближайшим соседом, это Польша. Польша оказалась по этим показателям тоже, кстати, в числе европейских лидеров. Она очень мало проигрывает Германии в этом смысле.

Следующий слайд, пожалуйста. Вот посмотрите, какое количество имплантаций в Украине кардиовертеров-дефибрилляторов, здесь тоже такая же 30-кратная разница.

Таким образом, планируя всерьез взяться за проблему профилактики внезапной сердечной смерти, мы должны поставить для себя какую-то цифру-ориентир. Если по правильному, то это страны с максимальной цифрой. Потому что трудно себе представить, что где-то ставят кардиовертеры-дефибрилляторы просто так, тем, кому не нужно. Пациенты не согласятся. Поэтому, если ориентироваться на ту же Польшу, то это будут очень и очень большие затраты. В Соединенных Штатах эта цифра еще больше, это порядка 600. То есть это совершенно невероятная цифра даже для Европы. Несколько лет назад в прессе было упоминание о том, что такое количество имплантируемых стимуляторов, может быть, это была эта

бесплатная "обамовская" программа, это очень большое финансовое бремя для Соединенных Штатов. Поэтому, планируя для Украины, мы должны как-то принимать во внимание, что если мы будем ориентироваться на эти цифры, то это будет очень дорого.

Поэтому в завершение я хочу сказать, Константин Владимирович представил великолепную дорожную карту. Это плод коллективного труда и Ассоциации аритмологов, и Института сердечно-сосудистой хирургии. Там есть множество этапов, которые практически предусматривают все, так сказать, возможности, всесторонние возможности. Тут и повышение квалификации, и повышение медицинской культуры. Но мне представляется, что все эти пункты, они не будут работать и они не нужны, если не будет вот этого вот единственного пункта, если не будет возможности обеспечения, материального обеспечения, финансового, то, вероятно, не нужно будет ни скринингов, ни повышения, потому что в любом случае, выявив этих больных, мы не сможем оказать им адекватную помощь.

Благодарю за внимание.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую вам за доповідь.

Абсолютно підтримую ваші всі позиції, а особливо те, що ви сказали на останок. Тому що на сьогоднішній день в державному бюджеті закладено на фінансування потреб серцево-судинних хвороб пацієнтів лише 30 відсотків від потреби. Який сенс робити скринінги і щось виявляти, якщо ми не можемо людям надати допомогу? Який сенс виявляти онкологію на ранній стадії, якщо доступ до лікування в перший рік у нас складає від 18 до 36 відсотків? І пояснення про те, що без введення обов'язкового медичного страхування, для того щоб збільшити, як мінімум, вдвічі надходження і мати спеціальний фонд, ми нічого не можемо зробити, ну воно впирається поки що в стіну нерозуміння від керівництва. Але я налаштована оптимістично і абсолютно впевнена, що Україна помаленьку, кроками, іде, і ми прийдемо до загальнообов'язкового медичного страхування, коли і всі пацієнти з серцево-судинними хворобами, і всі пацієнти з онкологічними хворобами, це на початку, на першому етапі, будуть забезпечені від держави лікуванням. Нам треба трішки ще протриматися.

Дякую вам за доповідь вашу. І запрошую наступного нашого доповідача. Керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії Національного наукового центру "Інститут кардіології імені академіка М.Стражеска", президент Всеукраїнської асоціації аритмологів України Олександр Пархоменко – "профілактика раптової серцевої смерті в Україні та за кордоном".

Прошу дотримуватись регламенту. 10 хвилин.

ПАРХОМЕНКО О.М. (*Мікрофон не ввімкнено*) ... всю свою жизнь проработал в интенсивной терапии и реанимации, больше 35 лет, и с проблемой внезапной смерти больше знаком по тому, кого к нам привезли, пациенту, кто дожил. Следующий слайд.

Ну практически могу не говорить, потому что все, что я хотел сказать, уже сказали. Сказала или Ольга Вадимовна, либо вы сказали, либо мои коллеги. Но хотел бы активировать немножко, акцентировать внимание на нашем опыте, на том, что мы делали у больных с ишемической болезнью сердца. Все понимают, что внезапная смерть, она внезапна, на то она и внезапная. Она есть ожидаемая у пациента, который перенес инфаркт миокарда, потому что у него может закрыться коронарный сосуд. И есть она неожиданная, да? То есть в пределах одного часа от дестабилизации состояния.

Далее. Принципиально. Дальше уже говорили, что практически 400 тысяч больных умирают внезапно в США, госпитализируются от 2 до 15 %, они доживают до стационарного этапа, а выписываются 50%. То есть реально, следующий слайд, у нас получается выживаемость у пациентов, которые перенесли остановку кровообращения, не потеряли сознание, остановку кровообращения с проведением реанимации, выписываются от 3 до 5% больных. Очень важно, что 80% внегоспитальные - это домашние случаи. Поэтому, когда мы занимались, я когда занимался электрофизиологией, внезапной смертью почти 30 лет назад, с 1988 года мы делали инвазивные электрофизиологические исследования. Мы учили, мы тренировали родственников тех пациентов, которые перенесли остановку. Мы уже тогда этим занимались, но потом отошли от этой проблемы.

Далее. Мы должны понимать, если мы говорим о кардиальной внезапной смерти, то есть патологии сердца все-таки связаны, аритмической, вот это все дефибрилляторы - это все хорошо, но 17% - это брадикардия, брадисистолия, потери сознания и остановки кровообращения могут быть у этих пациентов, то есть не дефибрилляция им должна помогать, а кардиостимуляция. В большинстве случаев это желудочковая тахикардия начинается с экстрасистолии, потом тахикардия переходит в фибрилляцию желудочков у пациентов, у которых есть сердечная недостаточность и так далее, и тому подобное. Теперь вы понимаете этот механизм.

Мы должны быть нацелены на пациентов с желудочковой тахикардией и здесь не обязательно имплантировать кардиовертер-дефибриллятор, уважаемые хирурги, здесь можно сделать абляцию, если мы выясним этот очаг, что он имеет эктопический характер.

Дальше. Ну, это тахикардия. понятно. Восстановление ритма, мы должны понимать: дефибрилляция, чем больше времени проходит от остановки кровообращения, от тотальной аноксии, тем хуже результаты. Вот вам процент - первые 4-5 минут, то никакая "скорая помощь" не доедет.

Здесь нужно, чтобы оказывали помощь, тренировали, я абсолютно поддерживаю. Я знаю американских полицейских, британских полицейских, пожарников французских, которых 7-8 дней тренируют, как распознать остановку кровообращения, чтобы не начали реанимировать пациента, у которого коллапс, понимаете.

Следующий слайд. Все уже предприняли действия, о которых мы говорим. Европа, американцы, в самолеты в США не посадят, никакой аэродром не сажает ни в один самолет, если на борту нет дефибриллятора. Развешивать не нужно дефибрилляторы кругом, как это сделано в Монте-Карло. Это там могут позволить их развесить, и этот, который управляемый. Да дефибриллятор, ты его берешь, он на французском говорит, что возьми в левую руку это, это и нажми на эту клавишу.

Нам нужно хотя бы обеспечить какие-то мероприятия, когда собирается свыше тысячи человек: наши конгрессы, наши мероприятия. В Верховной раде висит дефибриллятор в зале? Подождите, это обязательно должно быть.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Там есть народные депутаты с гранатами.

ПАРХОМЕНКО О.М. Я президент ассоциации по неотложной кардиологии и один из создателей европейской такой ассоциации и вице-президент ассоциации кардиологов Украины. так вот мы проводили тренировку, вы узнаете парк Шевченко, прохожие тренировали, вот мы таким образом создавали. Это был день в мае, мы выбрали специальное мероприятие.

Нам нужна открытость, нам нужен доступ на телевидении, в газеты, нам нужна социальная реклама, которая бы говорила: уважаемые коллеги, вас никто не спасет, если вы не будете спасать себя сами, помогать себе и учить людей, которые должны это делать.

Следующий слайд. В отношении высоких рисков. Вот это говорили больные после инфаркта. Да, действительно, первичная профилактика у них больше всего помогает.

Дальше. Это последняя рекомендация американцев по внезапной смерти.

Но 50 процентов жертв внезапной смерти – это те люди, которые имеют низкий риск, они не обращались за помощью. А кого мы можем спасти, это единичных людей, это 5-15 процентов только от всех тех пациентов, которые умирают внезапно. Поэтому статистику имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов мы не изменим, мы должны действительно обратить внимание на первичную профилактику, на

адекватность оказания помощи, на проведение реперфузионной терапии вовремя, чтобы не сформировалась аневризма, сердечная недостаточность.

Дальше, и так далее. Вот, не стойкий субстрат, атеросклероз – лопнула бляшка, чем моложе, тем больше шанс умереть, он не тренированный. Или, когда он выжил в результате вот этой первой атаки, потому что 69 процентов внезапной кардиальной смерти – это ишемическая болезнь сердца. И вот эта дилатация сердца – это уже стойкий очаг на фоне которого повторение, это 90 процентов развитие фибрилляции желудочков остановки кровообращения.

Дальше. Мы должны это понимать, даже назначение препаратов, которые сейчас закончились большие исследования, небольшие дозы антикоагулянта ривароксабан – вы все знаете, кардиологи, 2,5 миллиграмма снижает риск смерти, не предотвращает инфаркт, но снижает риск смерти. Вот что является основой. Многососудистое поражение и сужение коронарных артерий.

Дальше. При сердечной недостаточности экстрасистолия может являться критерием выделения пациентов высокого риска. Холтеры просто... Все больные после инфаркта с наличием сниженной фракции выбросов должны быть в истории записаны данные холтеровского мониторирования нарушения ритма. Есть рекомендации европейские, есть американские по поводу лечения. У нас есть откуда взять как лечить больных.

Следующий слайд. Первичная, вторичная профилактика, о ней уже говорили.

Далее. Есть методы неинвазивные. Вот чем мы занимались 20 лет назад после инфаркта миокарда. Целый спектр неинвазивных маркеров, который позволяет отобрать пациентов для электрофизиологического исследования и тогда сказать, что здесь при индукции желудочковой тахикардии нужно ставить кардиовертер-дефибриллятор.

Дальше. Есть вот эти простые маркеры – поздние потенциалы.

Дальше. Мы это оценивали, видите, в каком году уже не помню, где-то тоже в начале 2000-х, высокое разделительное правило, вероятность оценки риска развития внезапной смерти высокое. Это неинвазивные критерии, это мы все знаем, рекомендации.

Вот электрофизиологическое исследование. Мы первые в Украине начали в 1988 году делать ЭФИ у больных с внезапной смертью, перенесших. Вот мы запускаем желудочковую тахикардию. И, кстати, первый пациент с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором в институте Амосова был наш пациент, которому мы сделали ЭФИ, отправили туда, и он прожил еще 10 лет почти, 9 лет после этого.

Что важно? Перенесшие внезапную смерть на инфаркте миокарда, в 50 процентах только у них сохраняется риск, а если он раньше перенес инфаркт, не свежий инфаркт, а уже морфология есть, в 90 процентов есть опасность повторения угрожающей жизни ситуации. И нечего ждать, вот этих больных нужно сразу же направлять, не выписать, а потом подождать или найти средства, а сразу же направить к нашим коллегам.

Дальше. Это рекомендация по имплантации. Это наша рекомендация. Это количество имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов. Сколько? 40 тысяч у вас умирает или 400? 40 тысяч? 97 имплантированных кардиовертеров-дефибрилляторов, вы понимаете? Это несопоставимо. То есть мы не изменим ситуацию, если не начнется реальная первичная профилактика.

Следующий слайд. Два слова. Мы все говорим про аритмию сердца. А мало кто задумывается о том, что вот в тромбоэмболии венозных тромбоэмболизмов умирает в Америке 400 тысяч, в Европе и в Соединенных Штатах Америки. Вот покажите еще слайд. 34 процента – это внезапная смерть от тромбоэмболии легочной артерии. 60 процентов не диагностировано тромбоэмболии легочной артерии. Никто не задумывается о том, что тромбозы нижних конечностей, нераспознанные тромбозы, тут никакой дефибриллятор не поможет. Это должна быть настороженность. И тромбоэмболию мы должны включить в список, в этот перечень угрожающих жизни состояний.

Дальше. Есть рекомендации, все известно, что делать. Мы не делаем. У нас нет настороженности.

А дальше я хочу поздравить всех с наступающим праздником Пасхи и чтобы все наши усилия реализовались, и Бог нам помог. Спасибо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Запрошую до доповіді президента Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів Віктора Сердюка з доповіддю: "Роль телекардіомоніторингу в зменшенні ризику раптової смерті".

СЕРДЮК В.Г. Дуже дякую, пані Олю, дуже дякую за можливість виступити.

Дійсно, те, що ми зараз чули, ці фахові доповіді, те, що ми знаємо, єдине, дійсно, що нам не вистачає, як правильно сказала Ольга Вадимівна, це грошей і технологій. Ми можемо робити все, що робиться на найвищому світовому рівні. Гроші і технології, і завдання це робити, це і завдання попередження раптової смерті. Хоч на якийсь відсоток це дасть кожному з нас ту сатисфакцію, що ми сприяли врятуванню хоча б одного життя, що

сприяв комітет врятуванню життя, що сприяв конкретний народний депутат, конкретний міністр, ну і так далі, і тому подібне.

Я зараз скажу про такий досвід, який є в розвинутих країнах, який все-таки дозволяє за рахунок постійного нагляду, за рахунок персоналізованого сервісу для лікаря-кардіолога і для пацієнта все-таки допомогти людині врятувати життя. Будь ласка, далі.

Якщо загальні цифри, що дає такий персоналізований сервіс. Що це значить? Що у кожного пацієнта має бути якісний електрокардіограф дома, персональний, дуже простий для вжиття з одною кнопкою, дуже ефективний по факту холтер, і має бути хтось, хто це буде читати. Якщо текст написаний китайською мовою, то має бути мінімум китаєць, який скаже, що там написано. І це має бути постійно, це має бути 24 години і 7 днів на добу. Має бути такий певний загальноукраїнський центр. І це дасть змогу, якщо брати середні цифри, то завдяки цьому на 50% зменшиться кількість смертей після перенесеного інфаркту міокарда, різко зменшиться кількість госпіталізацій, і швидше виявляються порушення ритму, особливо такі порушення ритму, про які аритмолог теж говорив, які бувають рідкісні, які можуть привести до смерті, і покращується виявлення інших проблем зі здоров'ям.

Тут статистика, смертність, більше ніж 10% людей в перший рік після інфаркту помирають в Європі.

Далі. Тут теж така статистика, в залежності від того, який вид медичної допомоги надається, на якій стадії, в який спосіб тощо. Принцип перший, якщо не інвазивними способами, то практично 30% можуть померти в перший рік після інфаркту.

Далі. Якщо впроваджувати програму постійного телемоніторингу, кардіомоніторингу, то тут показані дані, які говорять про 50-відсоткове зменшення ризику смертності в перші 5 років після інфаркту.

Далі. Ми говоримо про гроші, гроші і ще раз гроші. Знову ж таки, на прикладі Польщі. Тисяча моніторованих пацієнтів, які знаходяться під наглядом, потребують 2 тисячі 200 екстрених кардіограм. Тобто кожний пацієнт після інфаркту викликає "швидку" мінімум два рази на місяць. І що це дає? Там порахували: один виїзд "швидкої" коштує 500 злотих, орієнтовно в місті Києві – це 800 гривень в 2017 році приблизно було. Але якби був такий центр, то всього було б тільки 30 викликів "швидких" замість тисячі. Тому що це мається на увазі те, що лікар, який знаходиться в центрі, отримавши відповідну інформацію, передзвонивши пацієнту, то у величезній кількості випадків він потребує корекції в лікуванні, направленої на заспокоєння тощо. І економія тільки по місту Києву, якщо ми беремо всі виклики – приблизно 3 тисячі інфарктів на рік, то це складає 10 мільйонів гривень.

Як воно реально може діяти? Це постійний моніторинг. Пацієнт самостійно в будь-яку хвилину з будь-якого місця, де він знаходиться, підключається і передає, і він впевнений, що хтось отримав цю інформацію, і він впевнений, що ця інформація надійшла фахівцю-кардіологу, який надасть йому відповідну послугу, допомогу і так далі. І це дуже важливо в таких ситуаціях, небезпечних для життя.

Далі. Ну, тут по факту описується ще, як це може працювати. Ясно, що це має бути сучасна ІТ-платформа, має бути максимум там до 30 секунд реакція цього диспетчера. Має бути обов'язково друга прогностична ознака, крім того що висвітлюється, що призначається пацієнту, попередня кардіограма, порівняння, ну і так далі, так далі. Має бути обов'язково розмова, обов'язково, що відбувається.

Далі. Ну, як би воно було, і я так думаю, що воно буде, але дякуючи цьому заходу, дякуючи зусиллям Ольги Вадимівни, я так думаю, що ми консолідуємо зусилля з усією кардіологічною спільнотою і все-таки впровадимо таку систему – єдину кнопку допомоги "24 години на добу" на всій Україні.

Далі. Ну, які саме? Тут було з приводу імплантованих пристроїв. У нас дуже мало їх, але багато в чому наявність такої можливості 24 години моніторингу, теж вирішує багато питань, і особливо вони потрібні тим, у яких є імплантовані пристрої.

Далі. Ясно, що є дуже багато варіантів, більш дорогих, менш дорогих і так далі, це предмет дискусії.

Далі. Особливо важлива реабілітація в домашніх умовах. Отут була ціла серія: в Жовтневій лікарні закрили, скоротили реабілітаційне відділення кардіологічне і так далі, і так далі, і так далі. Ну так, може, воно було потрібне, були розрахунки. Питання в іншому. Дійсно, кардіореабілітація в стаціонарі ну набагато дорожча. А якщо певні програми кардіолог встановлює під постійним наглядом - ну, це колосальне сприяння виживанню після інфаркту.

Далі. Ну, технічні можливості, вони, як завжди, безкінечні. Знову ж таки, безкінечні інші технічні можливості, які пов'язані, теж можна використовувати в руслі нового Закону про сільську медицину. Це там всякі інші дива, які можна підключати для сімейного лікаря.

Ну і що потрібно? Потрібно прийняти політичне рішення, потрібно зробити експертну групу, спільно консолідувати зусилля і надати відповідні пропозиції і до комітету, і до Кабінету Міністрів, до міністерства, ну і думати над регіональними програмами, як можна впровадити цю технологію.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Вікторе.

Запрошую до виступу провідного наукового співробітника Центру лікування патології міокарда Національного інституту імені Амосова пані Валентину Шаповалову. "Боротьба з раптовою серцевою смертю як складова громадського здоров'я".

ШАПОВАЛОВА В.В. Доброго дня, шановні колеги! Доброго дня, голово комітету! Хотілося б з іншого боку трохи подивитися на цю проблему, як можна боротися з цією проблемою, як раптовою серцевою смертю громадському суспільству в нашій країні.

Наступний слайд, будь ласка. Якщо декілька слів казати про актуальність, то американські серцеві асоціації з 2001 року обов'язково треба на території Америки розміщувати автоматичні зовнішні дефібрилятори. Європейське товариство до цього приєдналось у 2002 році. Одноголосно було підтверджено головну роль зовнішніх дефібриляторів. І якщо ви подивитесь на статистичні дані виживаності пацієнтів з цієї причини, то якщо в установах і публічних місцях буде оснащення, то виживаність може становити більше 70 відсотків. Якщо немає цих пристроїв, то максимум 5 відсотків. Якщо ми говоримо про робочі місця, про борти літаків або місця відпочинку, якщо будуть розташовані зовнішні дефібрилятори, виживаність буде від 50 до 70 відсотків.

Наступний слайд. Ми хочемо навести декілька прикладів важливих місць для розташування – це залізничні вокзали, це місця культурного розвитку, наприклад, театри, концертні зали, офіси, сучасні офіси складають іноді до 100-150 людей в одному приміщенні, торгові центри. На жаль, в нашій країні цього не існує.

Наступний слайд. Ми вважаємо, що в наших літаках повинні теж знаходитись зовнішні дефібрилятори, тому що в Америці, як вже казали, ні один літак, на борту якого немає дефібрилятора, не може бути приземлений до американської землі.

Ми стикнулись з такою проблемою, коли ми транспортували хвору на трансплантацію серця до Індії, коли ми робили заявку, попереджували авіакомпанії щодо важкого стану, нам відмовляли, і тільки одна авіакомпанія погодилась, але на борту одного літака, який був проміжний, щоб довести хвору до Індії, нам видали тільки кисневі балони. Коли ішов трансатлантичний переліт, там був дефібрилятор. Тобто є така проблема. На жаль, в нашій країні я з цим не зустрічалась, щоб були літаки з дефібриляторами. По статистиці світовій близько 700 життів рятується на борту літаків щорічно. 700 життів рятується, коли іде зупинка серця на борту літака. Якщо є дефібрилятор, рятували цих людей. Офіційна статистика.

Далі. Раптова смерть у школах. Ця проблема дуже-дуже важлива, і ми хочемо акцентувати на цьому вас, тому що формується такий синдром відходу від відповідальності. Я спілкувалась в школах, у вищих навчальних закладах з викладачами, ніхто не володіє навичками серцево-легеневої реанімації і тим більше, в очі інколи не бачили цих дефібриляторів.

Декілька днів тому в ЗМІ були такі новини, що відмінюють медичні картки щодо дітей, коли вони йдуть в садочок або в школи. То була якась така маленька надія, що ми зможемо виявити якусь серцеву патологію тої дитини і зможемо запобігти тому, що показував Костянтин Володимирович, смерті у школах. Якщо навіть це відмінять, ми не знаємо, ми будемо з цим стикатися кожного дня. Тому якщо стає дитині погано, дитина втрачає свідомість, в більшості разів (ми навіть надрукували це на слайді) ніхто дитину не рятує, бо бояться причинити якусь шкоду здоров'ю дитини, всі, хором дивлячись, чекають на "швидку допомогу".

Далі, будь ласка. Ще ми хочемо акцентувати вашу увагу на пляжах, тому що дуже великий відсоток смертності іде на літній сезон. Елементарна причина – відсутність рятувальної служби, відсутність навичок щодо проведення невідкладних заходів, відсутність облаштованих місць для того, щоб стояв той зовнішній дефібрилятор, і відсутність сполучення шляхів, щоб "швидка допомога" могла дійхати до місця, де трапилась подія.

Висновки. Хочеться декілька слів сказати. Ми пропонуємо так, щоб у старших класах школах, 10-11 класі, вищих навчальних закладах, в середніх технічних, коли "Основи здоров'я" викладають, можна дитину, можна абітурієнта навчити елементарним навичкам серцево-легеневої реанімації. В Україні орієнтовний прогноз порятунку життів при виникненні раптової кардіальної смерті на рік може становити до 50 тисяч людей при достатньому оснащенні зовнішніх дефібриляторів в громадських місцях.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Будь ласка, пане Костянтіне.

ЯРИНІЧ К.В. Я хочу продовжити думку Валентини Вікторівни, тому що дуже важливе питання вона підняла. Знаєте, не помиляється той, хто нічого не робить. І тут, на жаль, немає пана Лінчевського, того, хто міг відповісти, але все-таки звертаю увагу ще й Костянтина Володимировича. Якщо у нас буде резолютивна частина, то ті питання, які стосуються карток дитячих, які йдуть до школи, в садочок, треба все-таки звернутись до Міністерства охорони здоров'я, на цьому наполягаю, щоб ми це включили в нашу резолюцію. Тому що є речі, які сьогодні ще не налагоджені. Якщо ми скасуємо одні речі, ми повинні розуміти, що замість них ми отримаємо.

Сьогодні ми не отримаємо абсолютно ніякого впливу на первинну профілактику, про яку Костянтин Володимирович казав і всі доповідачі казали в своїх обговореннях. Тому я хотів би, щоб і ви це питання від мене почули і вирішили, чи зносимо ми чи ні. Моє бачення, що треба це зробити. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Костянтине, за ваше слухне зауваження.

Хочу зазначити всім присутнім тут начальникам управлінь охорони здоров'я областей, що якщо ви в судовому порядку попросите підтвердження легітимності документа, який спростовує ті чи інші накази, то я думаю, що ви отримаєте рішення суду, що ці документи, які виходять сьогодні з МОЗ, вони є нелегітимними. І відповідно до того часу, поки ви не отримаєте юридичні роз'яснення, чим вам замінити документи, то дотримуйтесь того, як воно було, для того щоб просто не вносити хаос у вашу роботу. Тобто до тих пір, поки не буде запропонована система обліку, контролю щодо сімейних лікарів, це не стосується раптової смертності, але поки ви не отримаєте іншого чіткого роз'яснення з легітимним документом з підписом легітимного міністра, думаю, що, як би, рішення ви можете приймати в даний момент на власний розсуд. Так, зрозуміли мене? Чи не дуже зрозуміли?

Переходимо до наступної доповіді - "Імплементация заходів щодо боротьби з раптовою серцевою смертю в регіонах України". Головний лікар Хмельницького обласного кардіологічного диспансеру Андрій Кланца.

Будь ласка.

КЛАНЦА А.І. Дякую.

Шановна Ольго Вадимівно! Шановні колеги! Дякую за надану можливість виступити. Власне, раптова серцева смерть в Україні, мабуть, це все ж таки Терра інкогніта – і невивчена, і незрозуміла, і поки що немає остаточного плану дій, як ми маємо допомагати цим людям, які раптово можуть померти або вже помирили і, на жаль, чекають нашої допомоги.

Актуальність цієї проблеми, вона виходить з загальної актуальності. Звичайно, актуальність найвищого рівня, оскільки серцево-судинна патологія – це основний "бич" українців і більша частина помирає саме від цього, причому основна частина з тих, хто померли від серцево-судинних захворювань, помирають саме від ускладнень ішемічної хвороби серця. І крім того, кожен третій з цих – це особи працездатного віку. І цей показник, він один із найвищих у Європі. І, власне, катастрофа для народного господарства України.

Наступний слайд. Як часто все ж таки раптова серцева смерть трапляється? Вона трапляється дуже часто. Це одна-дві людини на тисячу в популяції. Власне, важко собі уявити, що багато хто з тих, кого ми зустрічаємо, вони можуть раптово померти в любий момент.

Крім того, кожен другий з тих, хто помирає від серцево-судинних захворювань, він помирає саме раптово. Це не довге "угасання", а саме раптова смерть. І така разюча цифра, що 65 відсотків їх помирає за межами лікарні. Це загальносвітові дані. Що ж в Україні? В Україні ми не маємо чітких даних і не знаємо, скільки саме відбувається у нас.

Наступний слайд, будь ласка. Хмельниччина нічим особливо не відрізняється в цьому плані від України. Ми не маємо точних статистичних даних по раптовій серцевій смерті. Такі смерті не реєструються або не встановлюються як причина смерті, встановлюється будь-що, але не раптова смерть навіть у молодих пацієнтів. Тому ми маємо цифри 10-20-40 на рік померлих від раптової смерті. Хоча, мабуть, що при проведенні досліджень і при правильному підході до встановлення діагнозу можна буде виявити більше цю кількість пацієнтів.

На Хмельниччині за рік померло більше 12 тисяч людей, з них 55 відсотків – це ішемічна хвороба серця. І зверніть увагу, що лише 15 відсотків з них померли в стаціонарі. Решта помирають удома. Цифра, яка говорить про те, що система організації допомоги, вона не тільки на Хмельниччині, а в цілому по Україні бажає бути кращою.

Наступний слайд. Які ж шляхи вирішення пропонуються і які бачення для того, щоб покращити ситуацію? По-перше, ми маємо встановити проблему, вивчити і знати її остаточно, цю проблему. Ми маємо створити реєстр хоча би тих пацієнтів, які вже перенесли раптову серцеву смерть і вижили або ті, які мають дуже великі фактори ризику раптової смерті. Мати реєстр цих пацієнтів. Наприклад, голова обласної державної адміністрації, голова ради запитують у мене: "Скільки вам на рік потрібно цих пристроїв?" Я не можу точно сказати, в нас немає цих даних. Ми не маємо реєстру, ми не можемо показати: ось цифри, оці люди чекають.

Якщо взяти середню цифру по Україні, 2 пристрої чи 3 на рік. Мені кажуть, що ми вам купимо 2 пристрої і забезпечте, будь ласка, цю цифру, щоб все було добре. Звичайно, ми цього зробити не можемо. Тому потрібні дані, ми повинні зробити цю роботу і виявити цих пацієнтів, внести їх в реєстр і показувати щорічно голові адміністрації, голові ради, що в нас є така проблема.

Далі. Освіта. Система тренінгів на всіх рівнях медичної допомоги. Тому що не секрет, що навіть найвищі рівні медичної допомоги не завжди мають чітке уявлення, як користуватись пристроями, як швидко потрібно діяти, що потрібно зробити в той самий критичний момент не на словах, а

справді на ділі. У всьому світі це досягається саме проведенням тренінгів не один раз на 5 років на курсах, а кілька разів на рік: відпрацювання, тести, здача нормативів і так далі, нормативи часові мають бути і так далі. Нам це все відомо, але, на жаль, у нас це все не діє.

І загально-популяційні тренінги. Такі тренінги мають бути і в школах. Наприклад, що ми робимо у себе в області. До нас звертаються, до мене, як до головного лікаря диспансеру, звертаються і Національна поліція, і Національна гвардія, і школи деякі для того, щоб ми провели певні навчання. Але ці навчання ситуативні, вони включають в план навчання нас, ми прочитаємо за півгодини лекцію чи за годину і це навчання ніби відмічено, що люди вже знають, що треба робити. а насправді на ці навчання мають бути виділені люди. мають проводити кожен раз тренінги, мають засвідчити те, що всі, хто пройшли, вони знають, як це робити.

Апаратне забезпечення. Мають бути дефібрилятори в місцях, як вже зазначили колеги всі, в місцях скупчення людей. Влада і лікарі повинні змусити директорів вокзалів, директорів шкіл мати в себе ці пристрої і знати, як вони працюють і слідкувати за тим, щоб вони були працюючими. Це наша спільна робота, тому що дійсно не вистачає грошей на все, але на ці речі вони повинні вистачати, тому що люди будуть помирати на вокзалі або в школі. Це не може бути допустимо.

Ми знаємо, що в нас немає в "швидких медичних допомогах", в половині машин немає дефібриляторів. Якщо їх не буде, то ми взагалі можемо не говорити про надання цієї допомоги, машина не доїде або доїде і вона без змісту буде, вона не зможе це зробити.

Імплантовані пристрої. Ми вміємо їх імплантувати, ми знаємо, як це робиться. Ми робимо це не гірше, ніж наші колеги за кордоном, але якщо їх немає, то ми теж не маємо про що говорити.

І, мабуть, такий узагальнюючий підхід – це загальнодержавні і регіональні програми по впровадженню допомоги пацієнтам з раптовою серцевою смертю. Це і профілактика первинна і вторинна, тобто і робота медикаментозна. Один із напрямків ми вирішуємо досить активно – це реперфузійні мережі, в яких наша область бере участь і багато з інших областей, де ми досягли успіху і знизили і госпітальну летальність. Але це один із напрямків, а треба загальну стратегію для вирішення цієї проблеми.

Дякую вам.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Зараз надаю слово (3 хвилини) Людмилі Йосипівні Шостак. Потім – пан Олег Шекера. Потім – Юрій Гусев. Більше у мене заявок на виступи

немає. Якщо ще хтось хоче сказати, прошу вас, будь ласка, в письмовій формі подати сюди заявку.

ШОСТАК О.Й. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановні народні депутати, шановні присутні, я з великим задоволенням і увагою слухала ваші доповіді. Мені дуже сподобалася доповідь пані Валентини в плані того, що вона показала насправді ті вузькі питання в нашому суспільстві, які на сьогодні вимагають свого рішення в плані надання саме домедичної допомоги особами, які, відповідно до своїх професійних обов'язків, повинні ними володіти.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я, вони розробили в 2017 році новий наказ, який на сьогодні не юстований. Відповідно до цього наказу є 3 різні програми.

Перша програма: 8-и часова – це для провідників пасажирських вагонів, для офіціантів, для бортпровідників, для осіб, які працюють у місцях, де є скупчення людей.

Другий рівень програми: вони перші на місці події – це для пожежних, рятувальних, для поліцейських.

І третій рівень, там іде вже питання про парамедиків, водіїв санітарних автомобілів.

Нас цікавить перший і другий рівень.

І в цьому наказі питання щодо педагогічних працівників, щодо інших осіб, які працюють з людьми, не визначено. Тому я б просила б в Резолюції розширити Міністерству охорони здоров'я у своєму новому наказі, який вони розроблять, який вони юстують обов'язково, тому що цей наказ буде стосуватися прав і свобод людей, а такі нормативні документи, як ви знаєте, повинні проходити експертизу Міністерства юстиції, тому я прошу розширити контингент цих осіб щодо навчань з домедичної підготовки.

Але, розмова у нас теж ішла тут: якісь спеціалізовані тренінги, якісь освітні програми. Насправді система підготовки має бути обов'язково стандартизована. Мало того, ця система повинна бути... Якщо це перший рівень, то він навкруги перший рівень в одному і тому ж самому об'ємі, одних і тих самих програм. Ця програма має бути обов'язково затверджена Міністерством охорони здоров'я. І людина, яка проходить навчання по цій програмі, обов'язково повинна отримати сертифікат. Цей сертифікат дасть їй право надавати домедичну допомогу в тих самих школах, не чекаючи поки приїде "швидка допомога", тому самому поліцейському, який не буде викликати по радіо "швидку допомогу", коли тут у хворого чи постраждалого профузна кровотеча. Тому такий документ у будь-якому випадку буде захищати і нас всіх, тих, хто надає допомогу.

Крім того, я хочу зосередити вашу увагу, такий невеликий акцент, у зв'язку з подіями у нашій державі на сході. Ви знаєте, тактична медицина отримала такий поштовх до розвитку. І зараз дуже багато в Україні громадських організацій, різних благодійних організацій, які фінансують ці заклади. Вони проводять навчання, так звана домедична підготовка, хоча насправді це не домедична підготовка, це підготовка з елементами тактичної. Надання тактичної медицини – це в основному зосереджено на полі бою, розумієте, там зовсім інший підхід, інші стандарти, інші протоколи. І оце уміння тепер широкого загалу, вміння здійснювати військово-тактичну допомогу, воно переноситься в наше цивільне поле, а це недопустимо, не може змішуватись військово-тактична медицина, яка здійснюється на полі бою, з домедичною підготовкою, з домедичною допомогою, яка надається на вулиці, в школі, в офісі, в тому самому літаку чи в поїзді. Це зовсім інші речі.

Тому я прошу вас також підтримати мою пропозицію щодо того, щоб в резолюції було визначено, що ці програми мають бути розроблені, саме керуючись нормативними документами з домедичної підготовки і зробити якусь відмінність. Ці елементи військово-тактичної прийняти з теперішніх програм, які розроблені МОЗом, розробити нові.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Людмила Йосипівна.

Будь ласка, директор Інституту сімейної медицини імені Шупика, професор Олег Шекера.

ШЕКЕРА О.Г. Дякую.

Шановні колеги, мені дуже приємно бути в такому середовищі професіоналів і в той же час я хотів би звернути увагу, що, наступний слайд, будь ласка, що дійсно раптова смерть, про яку ми сьогодні говоримо, відбувається. Ми бачимо 30 випадків раптової смерті на 1 мільйон населення і бачимо ті 10 провідних причин смерті у світі – це ті причини, про які сьогодні дуже багато говорили, я їх не буду просто повторювати. Але в той же час хотів звернути вашу увагу на те, що 22 відсотки випадків складають хвороби серцево-судинної системи із всіх причин смерті.

Що стосується актуальності, то серцево-судинним захворюванням належить майже 40 відсотків від усіх випадків смерті. Як бачимо ті результати, які ви сьогодні озвучили, вони вкрай негативні.

Будь ласка, наступний слайд. Наприклад, щорічна частота раптової смерті загальної популяції людей складає 1-2 на тисячу населення. Раптова зупинка є причиною смерті 700 тисяч людей. Випадки раптової, як бачите, у віці на 100 тисяч до 34 років і після 34 років 1 на 15 тисяч.

Наступний слайд. У класифікації серцево-судинних захворювань, яка була прийнята на 36 національному конгресі кардіологів України, поняття

"раптова смерть" відображено і погоджено з міжнародною класифікацією. Ми бачимо це. В той же час я хотів би вашу увагу звернути, що згідно НКХ, 10 смертей, що настала в строки до однієї години після появи перших симптомів.

Я хотів би вашу увагу звернути і про це буду говорити трохи пізніше. Коли ми говоримо про надання медичної допомоги своєчасної, то зверніть увагу, навіть прибуття "швидкої медичної допомоги" зараз 10 хвилин згідно нормативів, ми говоримо про 5 хвилин, про які дуже багато сьогодні я чув. Тобто реально мова йде про те, що необхідно, щоб надання медичної допомоги здійснювали ті люди, які знаходяться поруч. І будемо говорити вже трошки далі про підготовку цих людей.

Наступний слайд. Раптова смерть спричинена у близько 50 відсотків випадків від серцево-судинних і 13 в рік загальної смертності. Зверніть увагу, що 65 випадків раптової смерті трапляються поза лікарнею. Тобто реально 44,7 відсотка – це вдома, близько 19 відсотків – під час транспортування до лікарні і півтора на робочому місці. 40-50 випадків смерті була першою єдиною ознакою захворювання. Тобто реально виходить так, що 50 відсотків про свій стан здоров'я, скажемо, не знали. А це свідчить про те, що дійсно ті питання, які сьогодні звучали, треба на них звернути увагу, в першу чергу щодо диспансерного нагляду за цими дітьми, якщо ми говоримо про дітей.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. А можна вас попросити коментувати в аспекті. Ви у нас – первинна ланка, ви ж – сімейні лікарі. Ми намагаємося сьогодні зібрати усіх. У нас є спеціалізована допомога, є кардіохірурги, є пожежники, є сімейні лікарі. Будь ласка.

ШЕКЕРА О.Г. Я зараз перейду якраз, Ольга Вадимівна. Дякую за підказку.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. У нас час просто обмежений. Будь ласка.

ШЕКЕРА О.Г. Наступний, будь ласка, слайд. Як бачимо, знову я хотів би вашу увагу звернути на цифри, які дійсно є найбільші в раптовій смерті, серцево-судинні, у віковій групі 06 – 35-70. Коли ми говоримо про найпоширеніші причини (наступний, будь ласка, слайд), то, як бачимо, це підвищення рівня загального холестерину, артеріальна гіпертензія, куріння та цукровий діабет. Шановні колеги, чомусь ми про це дуже мало говоримо, а це – елементи профілактики. У нас є закони України про заборону там куріння чи, скажемо, профілактику та інше, але в той же час я хочу вашу увагу звернути: реальної дієвості в цьому немає. Я маю на увазі, особливо це стосується первинної профілактики на рівні дітей в школах та інше.

Наступний, будь ласка, слайд. Що стосується профілактики. Ми говоримо дуже багато і в першу чергу на рівні первинної медичної допомоги. Коли ми говоримо про ці питання, це дуже важливо, тому що цю роботу повинні здійснювати в першу чергу, на мій погляд, в школах, там, де йде, скажемо, підготовка. І я хочу сказати, що в кабінетах, які здійснюють і проводять зайняття по здоровому способу життя в школах, зверніть увагу, медичних сестер уже, як кажуть, мінімум. Про лікарів ми вже не говоримо. Це - раз.

По-друге, коли мова йде про стандарти підготовки, то це вже не Міністерство охорони здоров'я повинно це, хоча і вони також, а Міністерство освіти. Тому що стандарти, які вони розробляють, вони якраз могли би бути в програмах і підготовках цих дітей до тих ситуацій, не дай, Бог, з якими їм прийдеться стикнутися.

Наступний слайд. Зверніть увагу, що коли ми говоримо про первинну профілактику, ну, частіше всього клініцисти розуміють терапевтичні заходи. Коли ж ми говоримо про первинну профілактику на рівні первинної медичної допомоги, частіше всього це та, скажемо, профілактика, яку я тільки що озвучив, і ви почули.

Наступний слайд. Тепер пропозиції. Коли ми говоримо на рівні, скажемо, первинної, зверніть увагу, медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з раптовою серцевою смертю в перші хвилини від початку виникнення цього стану. Тепер норматив прибуття бригади екстреної медичної допомоги на місце події становить: у містах 10 хвилин, у населених пунктах поза межами – 20 хвилин з моменту надходження. І ще такий момент - в тих випадках, коли, скажемо, стан доріг, про який ми не будемо говорити, або навіть в місті Києві ті затори, які є, можуть додати тільки 10 хвилин. не більше 10 хвилин.

Коли ми говоримо, і сьогодні про це звучало, мова йшла про те, що 5 хвилин це максимум, так ще раз звертаю увагу, що на це обов'язково треба звернути увагу, в першу чергу, підготовки спеціалістів і не тільки спеціалістів, а і всього населення, скажемо так. По-перше, коли ми говоримо про зменшення летальних випадків від РСС, можна здійснити при навчанні населення України необхідним реанімаційним діям. Вони чітко прописані в уніфікованому клінічному протоколі екстреної медичної допомоги – раптова серцева смерть.

Що стосується лікарів. І сьогодні прозвучали пропозиції з приводу того, що ліквідована, наприклад, карточка, коли дитина поступає в дитсадок чи в школу. Я хочу вам сказати, що це, дійсно, недалуге прийнято рішення однозначно. Чому? Тому що замість нього нічого не запропоновано. Ті кроки, які будуть робитись може у майбутньому, вони ніяким чином не можуть вплинути на ту ситуацію, яка на сьогодні є, яка сьогодні озвучена.

Тому мені здається, що в даному випадку та пропозиція, яка прозвучала, Ольга Вадимівна, з вашого боку, що треба якось реагувати, дійсно, треба реагувати і всіма способами, які є і можливостями, які є у нас на сьогодні.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

ШЕКЕРА О.Г. Закінчуючи, я би хотів всіх запросити, у нас 19 травня планується День сімейної медицини. Ми обов'язково можемо зробити таку секцію. От багато питань, які сьогодні прозвучали, то довести цю інформацію до лікарів загальної практики, сімейних лікарів, які є в нас в Україні.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Я відразу звертаюсь до, власне, представників спеціалізованої медичної допомоги: до Інституту Амосова, інституту Стражеска. У нас буде Інститут серця, буде з'їзд сімейних медиків. Я не почула тільки що від сімейних медиків про те, що в них є чітка програма навчання сімейних лікарів. У нас є групи ризику. Якщо у пацієнта був вже інфаркт і в нього є певний перелік патологій, він відноситься до групи ризику. Це означає, що сімейний лікар має повідомити цього пацієнта, його родину, що вони мають або пройти навчання, або знати те, що їм потрібно, щоб врятувати життя.

Тому я би просила, щоб ви сформували від вашої групи фахівців доповідь і відразу запропонували сімейним медикам програму навчання, що вони мають знати в своїй практиці для того, щоб виявити ті родини, в яких є ризик, для того щоб не сидіти і не чекати, поки воно відбудеться, а щоб спрямувати його до вас, бо люди не будуть мати, враховуючи наші нові тенденції, не будуть мати можливість попасти на спеціалізовану допомогу в обхід сімейного медика. Тобто ваше завдання – працювати з сімейними медиками так, щоб вони не затримували пацієнтів з групи ризику у себе, щоб це не збільшувало смертність. Тому я не почула, що сімейні медики вже так мають, тому вам це треба зробити, і ми внесемо це просто в резолюцію. Не виступ на конгресі, це вже буде ваша поточна робота, а щодо того, щоб ви розробили такі рекомендації для сімейних медиків разом з Асоціацією сімейної медицини. Я думаю, що це буде корисно для людей.

Зараз слово надаю пану Юрію Гусєву. Будь ласка. Три хвилини.

ГУСЄВ Ю. Дякую, Ольга Вадимівна.

Я планував говорити як волонтер, який вже багато років допомагає дитячій кардіохірургії, і про те звернення, яке ми розробили разом з більше

ніж 60-ма депутатами. Але хочу почати з іншого. Насправді, слухаючи дискусію, я як колишній заступник міністра оборони не чую позицію Міністерства оборони, на жаль.

Наприклад, рік тому ми втратили одного з найкращих генералів за всі часи незалежності України. Геннадій Петрович Воробйов пішов через раптову смерть, через тромб, який забрав життя фактично одного з найкращих генералів за всі часи незалежності, одного з найбільш авторитетних офіцерів в Збройних Силах. Тому я думаю, що насправді ті заходи, про які сьогодні ви говорите, про дефібрилятори, про навчання і все інше, треба так само впроваджувати, а, можливо, й в першу чергу треба впроваджувати в Міністерстві оборони, бо насправді і в Академії оборони, якою керував останні місяці Геннадій Петрович перед своєю раптовою смертю, не було дефібриляторів. І я думаю, що в армії цей процес йшов би більш динамічно, швидше і більш, скажімо, ефективно.

Тепер з приводу дитячої кардіохірургії. Ми звернулись, і дякую вам, Ольга Вадимівна, за підтримку, звернулись до Міністерства охорони здоров'я з проханням розглянути можливість, і це було звернення від Асоціації кардіохірургів, яку очолює Василь Васильович Лазоришинець, на жаль, я не бачу його сьогодні тут, і ми просимо розглянути можливість закупівлі оклюдерів як нової технології лікування вад серця. І, на жаль, поки що ми не отримали позитивної відповіді від Міністерства охорони здоров'я. Тому прошу, щоб це знайшло своє відображення в сьогоднішньому протоколі. Проведено кілька нарад в Міністерстві охорони здоров'я. Зараз вже уточнено на потреби регіонів. І це – ті технології, які дозволяють краще, ефективніше, малоінвазивніше рятувати життя дітей. І я дуже дякую за цей "круглий стіл". Я думаю, що цей діалог треба постійно продовжувати, в тому числі із залученням засобів масової інформації.

Дякую, Ольго Вадимівно.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Юрію.
Пану Тодурову слово. Будь ласка.

ТОДУРОВ Б.М. Добрый день, уважаемые коллеги! Спасибо за отличные доклады. Я хотел бы чуть-чуть расширить понимание того, о чем мы сегодня разговариваем, поскольку в Украине 50 тысяч инфарктов, из них смертность по разным регионам приблизительно 15-18 процентов. Мы сейчас говорим только о раптовой смерти, а на самом деле проблема гораздо шире.

Мы делаем из 200 тысяч эндоваскулярных процедур всего 30. Мы делаем из 140 тысяч необходимых для Украины операций на сердце всего 30 или 36. И это крайне мало. Когда мы ставим перед собой какую-то проблему и хотим ее решить, мы должны понимать, что у нас должен быть кадровый

потенциал для решения этой проблемы, финансирование и какие-то основные средства. Какой сегодня у нас есть потенциал для решения проблемы в общем кардиохирургической, и в частности по внезапной смерти. Централизация довольно большая кардиохирургической помощи, которая сконцентрирована в Киеве и в регионах, даже не в каждой области есть своя кардиохирургия на сегодня, в крупных городах практически отсутствуют эхокардиографы.

Кадровый потенциал – наши студенты выходят сегодня из университетов без элементарного понимания, что такое коронарография, что такое сердечный порок, что такое кардиохирургическая операция. Их этому не обучают. Соответственно такие же точно приходят на места семейные доктора, которые не понимают основных проблем и не знают путей их решения.

Хватает ли нам расходники, хватает ли финансирования? Самые крупные институты и областные больницы, на базе которых эта помощь оказывается, финансируются процентов на 30. Все остальное сегодня финансируют больные сами. Поэтому у нас в клинике делается 6 тысяч операций на сердце. Я могу сказать, из 6 тысяч 4 тысячи – это больные крайне запущенные, это больные, которые приходят в крайней степени запущенности по порокам сердца, по ишемической болезни, треть из них – это уже постинфарктные больные. Это все больные в той зоне риска, которую мы сегодня обсуждаем. Поэтому без решения основной проблемы кардиопомощи в Украине мы проблему внезапной смерти просто не решим.

Я уже не говорю о том, что там много говорят о стентах, которые так дешево покупают. У нас стентов нет, ни одного. Те стенты, которые мы получили от государства, нам хватило на 2 недели ровно. У нас нет сегодня электродов для абляций. Сейчас говорили о нарушениях ритма, у нас есть хороший аблятор, у нас есть навигационная система. Один электрод сегодня стоит 1,5 тысячи долларов. И какую помощь мы можем оказывать, если приходит ко мне больной, которому нужно это сделать, без абляции он реально может в течение года умереть от нарушения ритма. Но 1,5 тысячи?!

Вот и все решение проблемы: кадровый потенциал, процесс обучения и нормальное финансирование хотя бы тех центров, которые должны эту помощь вовремя оказывать.

Спасибо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

На завершення у нас є ще представник судмедекспертизи. Пан Кондратенко, прошу вас, будь ласка. Це ті, кого, на жаль, медики не врятували, зараз почуємо.

КОНДРАТЕНКО В.Л. Дякую, Ольго Вадимівно, дякую, шановні колеги, за дійсно цікаву інформацію, цікавий погляд клінічний, організаційний на цю проблему.

Буквально на хвилинку хочу вас затримати і вивести трошки вас з клінічного середовища на вулиці і в квартири. Як виявилось, в структурі раптової смерті, за даними судово-медичної експертизи частка серцево-судинних захворювань така ж точно, як число Пі майже – 67 відсотків і коливається з року в рік в межах десятих відсотка. Тобто, дай Боже, що ви досягнете хоч якогось успіху, ми це зразу побачимо і зразу можемо видати "на-гора", тобто моніторинг дуже чіткий. Я буду дуже радий доповісти вам про результати ваших перемог. Це була така професійна частина.

Друга - непрофесійна. Чому непрофесійна, тому що я вийду за межі, дозволю собі вийти за межі своєї професії, знову дивлячись з суто такої сторонньої точки зору, чомусь дуже мало уваги, як на мою думку, приділено такій простій і дієвій, над якоюсь ми колись сміялись, це пропаганда і агітація.

Є диспансеризація або її немає, я вже і не знаю. Але санпросвітробота, над якою ми всі сміялись, коли були молоді, зараз я відчуваю вагу її. Це стосується перш за все дитячої смертності, яка теж має місце. Я вважаю, якщо батьки будуть більше знати цю проблему, постійно їм нагадувати про це, то вони може витратять трошки своєї уваги до своїх дітей і не тільки до того, в що вони одягнені і який в них пірсинг, а і уваги до їх здоров'я, до профілактики запобігання, відвести свою дитину хоча би перед школою до спеціалізованої клініки, можливо, до наших кардіохірургів, кардіологів, якщо це можливо. От коли дитина під час фізичного навантаження на уроці фізкультури падає, то я, чесно кажучи, не знаю ще жодного випадку, може я помиляюсь, щоб цю дитину вдалось врятувати.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В.

Дякую. Ви знаєте, такий був сміх в залі, коли була озвучена абсолютно, як на мій погляд, це найважливіша в охороні здоров'я річ – можливість контролю не якісного, а кількісного. Не просто ми з вами зібрались і поговорили, а я абсолютно впевнена, що ми зможемо зробити таку програму профілактики, яка кількісно нам дозволить отримати результат. І 10 років тому я починала таку програму по профілактиці раннього виявлення меланоми.

Сьогодні Національний канцер-реєстр всеукраїнський чітко демонструє про те, що тільки за рахунок цієї програми, яка була не державною, де ми підготували сотні лікарів по всій Україні, де 20 квітня буде черговий

безкоштовний огляд. Питання не в огляді, питання в нагадуванні, яку родинку потрібно боятись, не боятись, а з нею своєчасно прийти. Ми зменшили смертність на 15 відсотків, відповідно до даних Національного канцер-реєстру, за рахунок профілактики, санпросвітрова, спілкування з засобами масової інформації, а головне – проблема, в чому ми стикаємось. В тому, що людям ми виявляємо цю меланому в день меланоми, а вони ідуть в лікарню, а грошей в них немає на видалення, і вони через рік з меланомою знову приїздять до нас на огляди. І через рік знову приїздять до нас на огляди і кажуть, що ми пішли б, але в нас грошей немає. І потім ці гроші нічого, як ви розумієте, не вирішують, коли потрібно робити хіміотерапію. Тому питання насправді принципове, і я гарантую вам, що через 5 років ви будете здивовані, тому що ми з вами отримаємо результат. Як тільки нам вдасться налагодити конструктивну роботу з Міністерством охорони здоров'я, а це вдасться, Міністерство буде працювати для людей, ми зможемо збудувати такі програми, де ми будемо чітко локалізувати проблему, чітко вибудовувати під неї програму ранньої діагностики, лікування і перевіряти в судмедекспертизі, чи правильно ми все зробили. Бо без цієї перевірки всій нашій роботі, всім нашим розмовам – грош ціна. Тому цей критерій є надзвичайно важливий.

Я, на жаль, маю зараз виступ на парламентських слуханнях з національної інноваційної системи, тому що без інновацій, без нових технологій, без системи і, знову-таки, телекардіомоніторингу, яка буде доступна в кожному селі кожному пацієнту, як тільки ми покриємо Україну Інтернетом, це справді буде, тому що дистанційна діагностика, телемоніторинг, телемедицина – це наше майбутнє, це те, що нам дозволить зробити стрибок, і те, що дозволить, в тому числі, робити і диспансеризацію масову, коли перше просіювання навіть комп'ютер буде робити на підставі аналізу електрокардіограми. Це також буде в нашому житті. Тому що все, що можна оцифрувати, можна проаналізувати. Якщо зробити правильні програми, правильні технології, мільйони електрокардіограм комп'ютер буде опрацьовувати, це справді буде легко. І ми будемо виявляти ті ризики, і це буде.

Тому я вам дуже дякую за цей "круглий стіл". Сподіваюся, що я вам надала оптимізму. Ми рухаємося вперед, працюємо. Зараз я, на жаль, біжу вже на доповідь. Надаю слово завідувачій кафедрою кардіології і президенту Асоціації серцево-судинної допомоги сімейної медицини Долженко Марії. І попрошу пана Костянтина після цього виступу закрити наш "круглий стіл". Ще раз вам дякую. Резолюція буде підготовлена. І далі ми будемо працювати над її втіленням в життя. І дуже прошу вас почати морально готуватися до наступного "круглого столу", дата вам буде повідомлена, щодо раннього виявлення, профілактики, лікування і шляхів зменшення смертності від інфарктів міокарда. Або, можливо, ми візьмемо інфаркти й інсульти, якщо це

буде доцільно. Якщо це буде недоцільно, візьмемо тільки інфаркти і відпрацюємо цю систему.

Ми очікуємо від вас вашого бачення, ваших пропозицій для розроблення програми горизонтальних реформ, що і як ми будемо далі робити. Зараз напрацьовуємо план дій і будемо його втілювати в життя.

Ще раз вам дякую.

ДОЛЖЕНКО М.М. Уважаемые коллеги, спасибо большое за предоставленную возможность. Я хочу сказать, дополнить, в общем-то, сообщение директора Института семейной медицины о том, что проводится довольно большая уже работа с семейными врачами по внезапной коронарной смерти и сердечно-сосудистых заболеваний именно с помощью Национальной академии последипломного образования Шупика.

Создана вот подобная ассоциация, является ветвью от Европейской ассоциации European primer Cardiovascular Association, которая, в общем-то, создана по инициативе Европейского общества кардиологов и именно направлена на работу с семейными врачами. Поэтому, в общем-то, наверное, работа с семейными врачами, она проводится и в рамках кафедры кардиологии для обучения по неотложной кардиологии.

Ну, и самое главное, Евроспайн-4, Евроспайн-5 с семейными врачами, "первинна ланка", она как раз показала, мы выявили вот эти 9 сайтов Украины, выявили факторы риска, реально, их содержание в Украине по трем районам, регионам Украины. Поэтому эти материалы можно использовать, реально видеть, какие факторы риска наиболее в общем-то реальны в нашей стране.

Кстати, депрессия. Депрессия и тревога на сегодня огромную имеют корреляцию с уровнем артериального давления, с уровнем физической активности, даже с предпочтением диеты, и, наверное, это стоит применять как первичную профилактику, а самое главное, развивать профилактику внезапной коронарной смерти с этой помощью.

Спасибо за внимание.

ЯРИНИЧ К.В. Дякую, пані Маріє.

Я пропоную не закінчувати. Можливо, є питання для обговорення, тому давайте ми у спокійному режимі, ми не так часто з вами зустрічаємося. Якщо є виступи чи бажання щось обговорити, будь ласка, колеги. Якщо немає, то ми закінчуємо. Це від вас залежить. Немає запитань.

Тоді я всім дякую за вашу присутність, за те, що принесли нам можливість з'ясувати деякі речі щодо коронарної смерті. Ми чекаємо від вас пропозицій щодо наступного "круглого столу". Якщо ви захочете ці

пропозиції надати, давайте через Костянтина Володимировича ми це зробимо, а він вже передасть це безпосередньо мені, а я вже віддам голові комітету, і ми тоді скажемо, коли ми це проводимо, і в якому форматі.

Дякую всім за увагу. Будьте здорові. Дякую.