

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" Комітету Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я на тему:
"Травматизм – глобальна проблема сьогодення"

27 вересня 2017 року

Веде засідання заступник голови комітету Сисоєнко І.В.

СИСОЄНКО І.В. Добрий день усім присутнім! Я рада вас вітати на нашому дуже важливому заході, це "круглий стіл", який присвячений питанню травматизму. І я хочу почати з того, що, на жаль, в Україні питання з травматизмом є дуже актуальним саме для того, щоб нарешті Україна почала формувати державну політику по боротьбі з таким явищем, яке щороку забирає життя великої кількості громадян нашої держави.

Чим характеризується проблема, з якою ми маємо необхідність боротись? Ну, в першу чергу, що величезна летальність саме завдяки травматизму в нашій державі і також підвищений і високий рівень інвалідизації людей. Також ми маємо говорити про те, що найбільша кількість людей, які страждають, і смертність людей (осіб до 40-а років), якраз причиною смерті є питання з травматизму, з травми.

Тому це має стати в першу чергу державною політикою. І питання боротьби з травматизмом має стати створенням державної відповідної програми. Я не буду казати про створення необхідного закону, але якщо Україна нарешті сформує державну програму, то це також буде важливим кроком вперед.

В форматі реформи системи охорони здоров'я, особливо в форматі створення госпітальних округів, за якими рухається держава вже другий рік, ми також маємо розуміти те, що створенням лікарень інтенсивного лікування, саме створення центрів травми на базі цих лікарень інтенсивного лікування I і II рівня якраз я вважаю, що має надзвичайно важливе значення, щоб саме зараз на етапі побудови і формування, створення таких лікарень питання травмоцентрів увійшло в це визначення лікарень інтенсивного лікування.

Також є багато-багато тих питань і проблеми, про які ми сьогодні будемо говорити, я думаю, що більш докладно і детально будете саме ви формувати ці речі, з якими ми маємо далі разом попрацювати. Але саме головне, що ми маємо розуміти, що травматизм – це є однією з найбільших проблем в медичному обслуговуванні і що однозначно своєчасність формування тих речей, які направлені на навчання медичних працівників, на створення інфраструктури медичних закладів, в тому числі на розвиток служби екстреної медичної допомоги... До речі, сьогодні якраз в бюджетному комітеті відбувались слухання формування державного бюджету на наступний рік і розглядали якраз фінансування системи охорони

здоров'я. І черговий раз я наполягала на тому, що борючись зі смертністю в нашій державі, ми не можемо це робити, якщо держава не фінансує програму екстреної медичної допомоги.

Тож програма екстреної медичної допомоги, я вважаю, має стати також однією з важливих складових по боротьбі з травматизмом. Про всі ці питання ми сьогодні будемо з вами говорити і саме за результатами ваших виступів, ваших позицій ми маємо сформулювати ту кінцеву мету, з якою ми будемо рухатися як в законодавчому процесі, так і безпосередньо формуючи державну політику і роботу Міністерства охорони здоров'я і тих міністерств і відомств, які безпосередньо відповідають за той напрямок, який якраз може бути реалізований на рівні держави у вирішенні проблеми по травматизму.

Тож не буду багато говорити вступних слів. Я дуже рада, що в залі сьогодні присутні безпосередньо фахівці і всі ті люди, які знають набагато краще все те, що ми маємо робити і що має відбуватися в нашій державі. Тому я хочу переходити до надання слова для виступів. Працювати ми з вами будемо в наступному регламенті: будуть виступи, які сформовані в програмі сьогоднішнього заходу, а далі також я хотіла би надати можливість виступити тим представникам, які є сьогодні з регіонів з медичних закладів, і надати можливість великого діалогу з представниками і експертами цієї сфери.

Тож до першої доповіді я запрошую Держача Романа Володимировича – заступника головного лікаря Інституту травматології і ортопедії з доповіддю "Травматизм як основна проблема сучасної медицини". Будь ласка.

ДЕРКАЧ Р.В. Шановна Ірино Володимирівно, шановні колеги, присутні! Дуже дякую, що дали можливість виступити на цьому поважному заході. І ми хотіли б представити нашу доповідь на тему: "Травматизм як основна проблема сучасної медицини".

Як ми бачимо, що з початку існування людства вчених турбувало питання травм та лікування їх наслідків. Ще з IV століття до нашої ери Гіппократ та по сьогодні вчені всього світу не можуть знайти оптимального вирішення цієї складної проблеми.

Наступний слайд. Травми, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, є причиною 16% глобального тягаря хвороб та призводять майже до 6 мільйонів смертей щорічно, це становить майже 10% смертності від усіх причин для всіх вікових груп, та від 20 до 30% в осіб у віці від 15 до 60 років. Показник смертності від травм - майже 100 осіб на 100 тисяч населення. В 2015 році від травм померли майже 5 мільйонів людей, понад чверть з них – це випадки, пов'язані з ДТП.

Наступний слайд. Основні задачі в боротьбі з травматизмом – це профілактика, надання медичної допомоги постраждалим з травмою, про що ми сьогодні будемо говорити, та реабілітація постраждалих.

Наступний слайд. Як ми бачимо, показник смертності від травм на 100 тисяч жителів в Європі складає 41, а в Україні майже вдвічі більше, це майже 90 осіб на 100 тисяч населення.

Наступний слайд. Дуже велика проблема – це розподіл травм по віку та статі. За даними National Trauma Bank, у світі піки найбільшої травматизації припадають на вік 16-25, 35-44 та 72-85 років. Тобто гине молоде працездатне населення. Люди від 20 до 54 років становлять майже 50% всіх постраждалих, з них - чоловіки майже 60%, жінки 40%. Страшні цифри: у віковій групі від одного року до 34-х травма сьогодні виявилася основною причиною смерті, а серед підлітків і юнаків цей показник сягає 80 відсотків.

Наступний слайд. Звичайно, серед основних причин виникнення важких травм значну частину займають дорожньо-транспортні пригоди. Частка поєднаних травм при ДТП складає 70 відсотків, частота ускладнень – 80 відсотків і більше, рівень інвалідності – 33 відсотки, летальність, по різних джерелам, – від 30 до майже 90 відсотків. Дорожньо-транспортні пригоди становлять 35 відсотків від усіх видів травм і займають перше місце серед причин смертності від механічних пошкоджень і є однією з основних причин виходу на інвалідність громадян працездатного віку.

Наступний слайд. По даним ВООЗ у 2000 році смертність від ДТП не входила в першу десятку. Наступний слайд. Вже в 2015 році ми бачимо, що смертність від ДТП увірвалася в першу десятку і знаходиться на десятому місці серед усіх причин смертності в світі. В 2015 році внаслідок ДТП у світі загинуло 1,3 мільйони чоловік, три чверті з яких 76 відсотків – це чоловіки і хлопчики.

Далі. На жаль, сьогодні в країні відсутній єдиний керівний орган для постійного моніторингу травматизму та можливості впливати на всі міністерства і відомства, але так було не завжди. На цьому слайді представлено два фото. Перше – це документи Української Радянської Соціалістичної Республіки, де постійно працювала комісія з питань запобігання травматизму при Раді Міністрів УРСР. З початку років незалежності в Україні була створена національна рада з питань безпечної життєдіяльності населення, яку очолив перший віце-прем'єр-міністр та яка мала вплив на всі відомства та міністерства.

За всі роки незалежності проведено безліч наукових конференцій та з'їздів з питань надання медичної допомоги постраждалим з травмами. З 2002 року було започатковано щорічну конференцію з питань політравми. Передано безліч пропозицій про створення сучасної системи надання медичної допомоги постраждалим з травмами. Остання програма була подана до МОЗу в її програму "Здоров'я-2020" та знаходилась на третьому пріоритетному місці. Але, на жаль, програма так і не почала втілюватись в життя.

В 2015 році під егідою заступника міністра Шафранського було проведено дві наради з головними ортопедами-травматологами всіх областей

України. Згідно їх пропозицій на мапі України було визначено 171 лікувальний заклад, що може вважатись притрасовою лікарнею. Були обговорені питання структури та об'єму медичної допомоги, яка повинна надаватись в такому закладі, обговорювались питання створення травмоцентрів на базі цих закладів та підготовки спеціалістів. На жаль, це все ніяк не втілюється в життя.

Завдяки постійній участі у тижнях безпеки дорожнього руху, до речі, Ірина Володимирівна приймає там активну участь, доведено необхідність і з 2012 року починає діяти державна програма підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні на період до 2020 року, де багато питань присвячено боротьбі з наслідками ДТП, а саме, з медичною допомогою постраждалим.

Наступний слайд. В Україні щорічно травми різного ступеня тяжкості отримують понад два мільйони людей. Летальність внаслідок травм в Україні в останні роки має стійку тенденцію до зростання. Ми бачимо, що в 1993 році 27,5 тисяч загинуло травмованих, в 2013 році – це була цифра більше 40 тисяч, в 2016 році – це дані з частиною Донецької і Луганської областей складає 31 тисяча 746 хворих.

Травматизм є головною причиною смерті найбільш працездатного контингенту людей в Україні віком до 40 років. В Україні щорічно реєструється більше 200 тисяч дорожньо-транспортних пригод, в яких гине більше 400 тисяч осіб та отримують травми понад 30 тисяч осіб.

Наступний слайд. По структурі травматизму України 80% - це травми у побуті. Ми маємо офіційну цифру - півтора мільйона травмованих, і ми розуміємо, що багато травмованих не звертаються за медичною допомогою чи звертаються в приватному порядку, чи просто немає можливості доїхати до медичного закладу. Ми маємо 350 тисяч переломів кісток, скелету. І по структурі ми бачимо, що 80% - це травми у побуті. 16% - це вуличний травматизм. 1% - дорожньо-транспортний. До 1% - спортивний, майже 2% - інший вид травматизму.

Звертає на себе увагу низький показник виробничого травматизму, який в 2016 році склав 4,5 тисячі випадків. З однієї сторони, це пов'язано з падінням промисловості в Україні та переходу робітників на приватні підприємства. Але якщо співвідношення показників загального травматизму і травматизму зі смертельними наслідками в Україні не відповідає закономірностям у світі, частота випадків смертельного травматизму в Україні вища і становить 7%, а у світі вона дорівнює 0,8 -0,12%. Це можна також пояснити частковим приховуванням значної кількості виробничих травм.

Наступний слайд. Основні напрямки створення системи надання медичної допомоги постраждалим з травмами. Це введення єдиної статистики травм, подальший розвиток екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, створення травматичних центрів, навчання спеціалістів.

Навчання спеціалістів. Що стосується статистики. Ця цифра, яку я вам озвучував, це смертність в одній графі об'єднана: травми, отруєння і нещасних випадків. Ми досі не можемо провести повний структуральний аналіз травматизму, доки у Державної служби статистики не будуть розділені всі поняття травматизму. Також дуже заважає в роботі зі статистикою відсутність такого поняття, як "політравма", при якій спостерігались би зовсім інші статистичні показники результатів лікування.

Наступний слайд. Основним принципом організації допомоги постраждалим з політравмою – це максимально скоротити час до початку лікування, забезпечити необхідний об'єм допомоги на догоспітальному етапі, мінімізувати час доставки з первинної госпіталізації важких хворих з множинними та поєднаними травмами в спеціалізований центр травми. В усьому світі є тільки два шляхи вирішення цього складного питання. Це алгоритм дій і шляхи транспортування.

Наступний слайд. Створення центрів травми. Зараз створюють госпітальні округи з оптимізацією вторинної і спеціалізованої медичної допомоги. Постановами Кабінету Міністрів України визначено порядок створення госпітальних округів. Для покращення лікування постраждалих з ізольованими та поєднаними травмами необхідно об'єднати зусилля ортопедів-травматологів, нейрохірургів, хірургів і відкрити на базі лікарень інтенсивного лікування центри травми. При цьому рішення про відкриття таких центрів повинно прийматися на державному рівні з метою централізованого вирішення питань: як центри відкривати, де готувати спеціалістів, для яких клінік і де їх удосконалювати та інше.

Наступний слайд. Щоб працювати в таких центрах, нам потрібні відповідні спеціалісти. На жаль, сьогодні в Україні відсутні спеціалісти, що підготовлені для лікування найбільш важких постраждалих з політравмою. Чітко не визначено місце лікування хворих з важкими поєднаними травмами. Потерпілих з політравмою лікують в хірургічних або травматологічних стаціонарах, персонал яких недостатньо обізнаний і готовий до лікування таких хворих.

В більшості обласних лікарень відкриті тільки ортопедичні відділення, і висококваліфіковані ортопеди відійшли від задач допомоги при лікуванні травм. Наведу тільки маленький приклад. Між федеральних земель Німеччини, між 70-ми і 1994 роком при навчанні лікарів по травматологічній хірургії летальність після транспортних нещасних випадків вдалось знизити на 50 відсотків.

Як ми бачимо підготовку? Перший етап. Необхідна робота головних спеціалістів по виділенню групи волонтерів з числа молодих хірургів і ортопедів-травматологів для навчання за кордоном. Паралельно на кафедрах травматології і ортопедії закладів післядипломного навчання необхідно виділити молодих, до 30 років, викладачів і при допомозі МОЗ провести їх навчання по даній програмі в Німеччині або Австрії на базі подібних клінік.

Термін навчання до 3-х місяців. Завдяки цьому можна отримати досвід освоєння нової спеціальності нашими фахівцями і бачення її розвитку.

Другим етапом необхідно виділити 2-3 кафедри, фахівці яких будуть суміщати хірургічну роботу. На таких базах повинні бути травматологічні, політравматичні пацієнти, і протягом року необхідно створити програми і почати навчання, в подальшому розповсюдити цей досвід на інші кафедри.

Наступний слайд. Також потребує зміни і підготовка молодих фахівців. Обов'язкове навчання надання допомоги при невідкладних станах в перші роки роботи. Навчання в клінічній ординатурі по цілому ряду хірургічних спеціальностей: нейрохірургія, травматологія, абдомінальна хірургія, торакальна хірургія, робота на базі травматологічного рівня будь-якого рівня. І такі через 3-5 років отримати вузьку спеціалізацію ортопеда чи хірурга торакального, абдомінального, лапароскопічного і так далі. Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Роман Володимирович.

Я слухала вашу доповідь і хочу також наголосити, що з попередніми представниками Міністерства охорони здоров'я, дійсно, з координацією роботи ще виконуючого обов'язки міністра Шафранського ми декілька разів проводили спільні зустрічі по притрасовим центрам. Я також приймала участь разом з тими представниками відомств, які присутні в залі, зараз в цьому залі. Але, на жаль, подальша робота, крім спільних нарад, далі нічого ми не зробили.

Також з моєї ініціативи ми зверталися декілька разів, щоб взяти за пілот саме Київську область, тому що ця область є областю, де проходить 4 траси міжнародного сполучення, і саме в цій області почати робити притрасові травмоцентри. І я думаю, що ми маємо продовжити цю роботу, і ці питання, які ви зараз обговорюєте з приводу навчання кадрів і все інше, має стати подальшою роботою на наступний рік разом з Міністерством охорони здоров'я в плані навчання спеціалістів, які можуть після того, як будуть створені такі травмоцентри, в першу чергу забезпечити наявність необхідної кількості медичних працівників цих центрів. Тому це є дуже важливим. Дякую вам за змістовну і ґрунтовну вашу доповідь.

До наступної доповіді я запрошую Гур'єва Сергія Омеляновича – заступника директора Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Будь ласка.

ГУР'ЄВ С.О. Дякую вам, Ірина Володимирівна.

Шановна Ірина Володимирівна, шановні присутні, хочу сказати, що травматизм - це є справді проблема, я хочу підтримати попереднього виступаючого, і насамперед я хочу навести деякі статистичні дані і дані наукових досліджень, оскільки статистика не охоплює все, що нам необхідно.

Наступний слайд. По-перше, що таке травматизм? Ось визначення ВООЗ: травматизм – це однотипні ушкодження, які повторюються серед окремих груп населення, тобто травматизм треба розглядати як процес.

Наступний слайд. Рівень травматизму серед населення України. Ось тут наведений рівень травматизму населення України на сьогодні. Як бачимо, він дуже і дуже диференціюється. Ми не можемо сказати, що в нас є така рівність всіх регіонів. Ні. Як ви можете побачити, Тернопільська область, дуже високий травматизм, місто Київ взагалі "зашкалює", там вже біля 800 на 10 тисяч населення.

Далі. Що відбувається останніми роками? Останніми роками відбувається дуже дивна річ. У нас стабілізований показник травматизму біля 400 на 10 тисяч населення, тобто вже три роки, а я скажу, що п'ять років там коливання в рамках одного-двох відсотків, причому вони спостерігаються практично симетрично по всім регіонам.

Далі. Наступний слайд. Найбільший в нас вуличний травматизм. Він також, бачите, коливається біля 900, це не пов'язано з транспортом.

Далі. Дуже важливий є, про що казали, побутовий травматизм. Я повністю погоджуюсь, він займає 80-82 відсотки всього травматизму. Але повинен вам зауважити, що це неправда, тому що в нас в побутовий травматизм зараз записують виробничий травматизм, особливо після певних законодавчих змін, і як державні підприємства, а приватні тим більше, записують це до такого. Тобто цю цифру ми не можемо вважати достовірною.

Далі. Ми провели дуже і дуже цікаву роботу. По-перше, ми верифікували всі травми. В нас виробнича займає, як ви бачите, 6 відсотків. Це дані такі, тому що статистика в нас "пляше". Як відомо, травми реєструються, ви бачите, що побутова всього 18 відсотків. Знаєте чому? Тому що ми верифікували цю травму. ДТП – 60 відсотків. І хочу вам сказати в чому проблема. До недавнього часу ми не отримували кримінальний травматизм. Ми почали його відокремлювати. Як бачите, біля 12 відсотків потрапило в кримінальний травматизм з побутового. Вулична травма в нас дуже невелика – 2 відсотки. Тобто проблема зараз – це ДТП і постійно зростає кримінальний травматизм.

Хочу сказати, що виходячи з теорії сучасного менеджменту, нами був розрахований ризик летального результату. Як ви бачите, при ДТП він не найвищий, там всього 0,24 і він є суттєвим. Але дивіться, кримінальна травма – він критичний, побутова травма – він критичний, виробнича травма – він суттєвий і вулична травма – він критичний.

Далі. Дуже велике значення має вікова група. Як бачите, повністю погоджуюсь, що більшість з 50 відсотків це особи працездатного віку. Хочу сказати, у нас детальний принцип застосований: не 15 років, а по 10. В цих групах, як ви бачите, теж зростає з віком летальність і майже всюди в цих групах критичний ризик виникнення летальності. Хочу зауважити, що зараз

десь нам запропонували 15 мільйонів в рівень від втраченого життя. Можете порахувати, скільки це буде. Це буде десятки мільярдів гривень, які витрачає держава щорічно.

Як сказав Роман Володимирович правильно, статева характеристика. Так, жінки біля 24%. А 76% у нас, на жаль, чоловіки з різних причин, в тому числі, скажемо відверто, 56% травми зараз в стані алкогольного сп'яніння отримуються.

Хочу вам сказати, у нас не виділяється політравма, але біля 20 років наш центр проводить контроль травматизму в порядку клініко-епідеміологічних досліджень і експериментів. І що ми помітили? Я думаю, що про це будуть говорити ще і наступні: Євген Георгійович й інші, про те, що політравма зростає в структурі. Вона була біля 6%, а виросла втричі, в 2016 році вона біля 18%. Тобто без центрів травми нам ну ніяк уже далі, причому тенденція зростає.

Особливо важливо, коли у нас настає смерть, щоб розрахувати наш медичний... Людина, яка, все ж, поступила на етап медичний, тобто до якої доїхала швидка допомога, як ви бачите, все ж, найбільша летальність – це перші шість годин. Тобто в шоківий період помирає 85%. О чем это говорит? Это говорит о том, что их просто, может быть, плохо лечат.

Так от, де ж вони помирають? Ще такий приклад. 77% померлих в результаті травматизму помирає на догоспітальному етапі. Я хочу сказати, що сюди входять як ті, до кого доїхала швидка медична допомога, так і ті, до кого вона не доїхала. І лише 23% в стаціонарі. І це верифіковані вірогідні цифри.

Очень интересен анализ непосредственных причин смерти. Це говорить про те, що у втраті: масова крововтрата і травматичний шок – це найбільша питома вага, більше 50-60%. Тобто те, з чим можна теоретично боротися. Тобто не борються, про що говорив Роман Володимирович, не навчені, не бажають і таке інше.

Ось я хочу вам сказати, статистика відповідна ВООЗ. Це вже не наші дані, це дані, які наша держава подавала до ВООЗ. Чому виникають такі цифри - 40 і 500 тисяч, і 700, різниця? Тут справді наша статистика потрібна. Бо навмисне самоушкодження, тобто самогубство, це подивіться, які були. Воно було майже 10 тисяч, 9 - в 2012 році. І зараз біля 7 тисяч самогубства. Це більше ніж у нас гинуть в ДТП.

Далі. Це, я хочу вам сказати, причина смерті вже на госпітальному етапі: шок - 14%, крововтрата - 5%. І далі вже ситуації, які вже більш-менш хронічні: там гостра серцева, дихальна недостатність, недостатність кровообігу і так далі. Про що ще говорити? 20% - це "предотвратимая смерть". РДС-синдром, если уже развился, то, мабуть, бесполезно. А на 20% ми маємо реально понизити смертність.

Далі. Дуже цікаво, хто ж у нас страждає? Ось, я хочу сказати, це дуже цікаве питання. З'ясувалося, що найбільше у нас страждають працівники

промисловості й сільського господарства. Про що це говорить? Про те, що виробничі травми ховають під побутові.

Також учні шкіл, студенти, військовослужбовці, підкреслюю, це травми не пов'язані зі здійсненням службових обов'язків. Тобто найбільш активне населення. Причому хочу відмітити, що критичні ризики настання смерті насамперед в сільському господарстві і серед пенсіонерів. Тут треба, мабуть, розбиратись. Але це ми проводимо, це верифіковано на більш ніж 25 тисяч випадків травми.

Далі. Я хочу сказати, хто страждає. Від ДТП у нас страждають працівники промисловості і наче виробничих. Більше всього, у нас виходить, що страждає в результаті ДТП і кримінальні травми.

Далі. Зверніть увагу, що смертність залежить від участі в русі, ознаки участі в русі. Як не дивно, найбільш страждають водії, на другому місці пішоходи, а пасажери мають найменші шанси вмерти. Це треба на догоспітальному етапі враховувати при наданні медичної допомоги.

Далі. Про ризики. Чоловіча стать має 1,62, тобто катастрофічний рівень, жінка має трохи нижчий рівень, критичний. Далі. І дуже важливо, найбільш зверніть увагу, найбільші ризики настання летального результату мають саме особи працездатного віку. Це найвищий ризик.

Дякую за увагу. Я так хотів сказати, які тенденції зараз в травматизмі. Дякую ще раз за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Сергій Омелянович, я вам дуже дякую, але знаєте, я не хочу, щоб наші "круглі столи", які проводить Комітет з охорони здоров'я, щоб вони повторювались тільки з року в рік, що ми чуємо проблеми, ми чуємо статистику, ми бачимо якісь там таблиці, ми говоримо як все погано, чому погано і все інше. Я хочу, щоб результатами спільної роботи були конкретні пропозиції і речення, що потрібно робити, хто має це робити і як це робити, розумієте, для мене це важливо. Я не хочу постійно, щоб наші зараз з вами доповіді, які сьогодні є по програмі, щоб зараз ми тільки слухали і дивились ту статистику, яку ми повторюємо із року в рік.

Ви є заступником директора Українського наукового-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, ви є представником органу виконавчої влади і тому я прошу, щоб разом з Міністерством охорони здоров'я, щоб на таких спільних заходах ми чули конкретні рішення і плани роботи з травматизмом і боротьбі з ним на наступний рік. Домовились? Дякую вам.

На жаль, немає зараз на нашому заході заступника міністра охорони здоров'я. Він пішов, але залишилась пані Тетяна Тімошенко. В програмі доповідь Міністерства охорони здоров'я не передбачена, тому що представники МОЗу не проявили на це ініціативи. Але я дуже хотіла б надати вам слово. А далі переходимо до програми нашого заходу.

Будь ласка, пані Тетяно. У мене є пропозиція до вас. Будь ласка, сядьте тут, поруч зі мною. І як представник Міністерства охорони здоров'я дайте ваше бачення по всім тим питанням, які ми зараз обговорюємо.

ТІМОШЕНКО Т.В. Дякую.

Доброго дня, шановні колеги! Я не буду зупинятися на статистичних і аналітичних даних, які ви щойно почули. Але я хочу зупинитися на тому, чим займається Міністерство охорони здоров'я в напрямку покращення системи, які є потреби на сьогодні і чим ми будемо займатися в найближчий рік. Перше, я хочу сказати, що це є комплексна проблема і вона стосується не тільки виключно Міністерства охорони здоров'я, а й інших екстрених служб, які працюють, як правило, в таких умовах. Тому ми розглядаємо питання вирішення зниження смертності плюс зниження інвалідизації тих, хто постраждав від травматизму, як на догоспітальному, так і на госпітальному етапі.

Що стосується догоспітального етапу, це, звичайно, питання екстреної медичної допомоги. І я як керівник Управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф хочу сказати, що на сьогодні ми вносимо зміни до класифікатора професій, вводимо нові професії в системі екстреної медичної допомоги. І сподіваюся на те, що Міністерство соціальної політики внесе до кінця жовтня ці зміни до класифікатора професій. І хочу сказати, що зміна саме освіти цих працівників, які будуть надавати допомогу на догоспітальному етапі, має призвести до того, що зменшиться і смертність, і інвалідизація.

Дві професії: екстрений медичний технік, який заміщає водія. Ви знаєте, що в системі екстреної медичної допомоги ні в одній країні світу немає просто водія в чистому вигляді, це є екстрений медичний технік, який є повноцінним членом команди і який також може надавати допомогу постраждалим. І також парамедик, який замістить фельдшера з медицини невідкладних станів. На сьогодні опрацьовано дві програми підготовки для цих двох нових професій: екстреного медичного техника і парамедика. І проходять рецензування в наших вищих медичних навчальних закладах. І я сподіваюся, що до кінця року ми отримаємо вже і частину саме викладачів для цих нових професій. І з наступного року ми плануємо запуснути вже програму саме підготовки парамедика, який буде навчатися 3 роки, і який буде навчатися для системи екстреної медичної допомоги, а не просто як фельдшер, який може працювати у фельдшерсько-акушерських пунктах, які потім два місяці стажуються в нас в системі екстреної допомоги, але, на жаль, не вміють з нуля працювати в цій системі, тому що для цього потрібен час, для цього потрібні фізичні властивості і так далі. Тому цих дві професії, вони вже вносяться в класифікатор. Сподіваюся, що до кінця жовтня ми це зробимо спільно з Міністерством соціальної політики.

Далі. Якщо ми говоримо про дорожньо-транспортні пригоди, ми говоримо про те, що часто раніше за нас на такі пригоди приїздять наші колеги або з Державної служби з надзвичайних ситуацій, або поліцейські. І на сьогодні Міністерством охорони здоров'я розроблена програма підготовки цих спеціалістів, які не мають медичної освіти, але які можуть надавати постраждалим першу допомогу. Тому для нас це є дуже важливим аспектом, щоб всі діяли в рамках єдиного протоколу надання допомоги і ми розуміли, що коли ми приїхали на випадок і там є вже поліцейські або представники Державної служби з надзвичайних ситуацій, рятувальники, то вони вже можуть надати першу допомогу, яка може врятувати життя людини. Тому ця програма затверджена, вона розповсюджена, вона опублікована і вона передана до Міністерства внутрішніх справ для подальшого впровадження в навчальні програми по підготовці як поліцейських, так й інших рятувальних служб.

Третє, про що я хотіла би сказати, це, звичайно, госпітальна допомога, екстрена медична допомога на госпітальному етапі. Ми говоримо про зміну філософії, ми говоримо про те, що лікар медицини невідкладних станів, він має працювати у відділеннях екстреної медичної допомоги. І як показує наша практика зараз, я думаю, що багато з вас знають цю ситуацію, коли ми привозимо пацієнта в центральну районну лікарню, наприклад, віддаленого регіону, а бригада може працювати там і до півтори години, і до двох годин, тому що, на жаль, у самому відділенні немає спеціаліста, який може надавати екстрену медичну допомогу.

Тому прийнято рішення, що лікар медицини невідкладних станів з часом, все ж таки, перейде на госпітальний етап, а для цього нам потрібно створити, дійсно, базу цих відділень. І сьогодні з точки зору реформування, я думаю, що також ви знаєте, що адміністративна реформа і реформа Міністерства охорони здоров'я передбачає створення лікарень інтенсивного лікування, це буде базис для створення таких відділень екстреної медичної допомоги. І далі, звичайно, ті травмоцентри, які також планується в подальшому відкривати, вони допоможуть розповсюдити, скажемо, цю допомогу і наблизити її до пацієнта.

Тому, перше, ми змінюємо систему і концепцію надання екстреної медичної допомоги, що дозволить, все ж таки, зменшити ті цифри жахливі, які ви щойно бачили на екрані. Зараз основний, скажемо, напрямок діяльності – це є підвищення кваліфікації тих існуючих кадрів, які є в системі, плюс, звичайно, створення нових кадрів, і це навчання за іншими програмами підготовки і також підвищення кваліфікації, яке має бути що два роки. Ви знаєте, в усьому світі персонал медичний саме екстреної медичної допомоги проходить підтвердження своєї кваліфікації і показує, що вони в дійсності можуть. Ми говоримо про створення на базі центрів екстреної медичної допомоги так званих симуляційних центрів, де можуть відпрацьовуватися ті навички, які потрібні для нашого персоналу. Ми

говоримо про створення оперативно-диспетчерських служб, які на сьогодні, на жаль, створені не в усіх областях України. І ми піднімаємо це питання вже, напевно, я не знаю, третій рік поспіль, але, на жаль, не в усіх наших регіонах вони створені. А це є перша ланка, яка приймає виклик для надання такої допомоги. І ми розуміємо, що якщо ми будемо мати такі центри, які будуть бачити весь ресурс, то ми, перше, знизимо час доїзду, друге – ми будемо якісно реагувати на потреби населення.

Тому Міністерство охорони здоров'я вкотре розробило, все ж таки, бюджетний запит і подали на розгляд. Я сподіваюся, що Верховна Рада проголосує за виділення коштів і на забезпечення системи екстреної медичної допомоги, тому що на сьогодні екстрена медична допомога забезпечена на 60 відсотків. І, звичайно, ми розуміємо, що держава має дбати, тому що це та допомога, яка рятує життя людини. І якщо держава буде сто відсотків забезпечувати потреби екстреної медичної допомоги, то ми знизимо і смертність, ми знизимо й інвалідизацію, ми покращимо економічні показники. Тому що, як ми бачили статистичні й аналітичні інформації, як правило, це люди працездатного віку, які можуть надавати користь державі ще дуже-дуже багато років. Я дякую.

СИСОЄНКО І.В. Пані Тетяна, я вам дякую. Я прошу вас залишитись поруч зі мною до кінця нашого "круглого столу", тому що в мене будуть запитання і я впевнена, що запитання будуть до вас і в представників з всієї України. Зараз будемо продовжувати доповідь по програмі, а далі будемо ще спілкуватись у форматі запитання-відповідь.

Запрошую до наступного слова Євгена Георгійовича Педаченка – директора Інституту нейрохірургії імені академіка Ромоданова, академік Академії медичних наук України. Будь ласка.

ПЕДАЧЕНКО Є.Г. Я дякую.

Вельмишановна Ірина Володимирівна, Тетяна Василівна, дозвольте мені з врахуванням того, що сказала Ірина Володимирівна, не зупинятись на загальних питаннях, тому що травматизм то є дійсно, певним чином, за своїми причинами виникнення, воно є загальним чи до загального, чи до нейротравматизму, причини однакові.

Я хотів би зупинитись передусім на трьох основних моментах. Як представник академічної науки, що робить наука і як вона може змінити результати нашої практики, я хочу це показати. По-друге, зупинитись на тих проблемах, які в нас є організаційні і не тільки.

Будь ласка, наступний слайд. Нейротравматизм у нас в рік тяжкої черепно-мозкової травми біля 20 тисяч, з них 8 тисяч постійно потім потребують відновлюваного лікування з приводу цих наслідків. Хочу сказати і цілком погоджуюсь з тими, що говорили, і Роман Володимирович, і Сергій Омелянович, в тому відношенні, що багато в чому залежить від профільності

чи непрофільності госпіталізації хворих. Якщо хворий госпіталізується в профільний стаціонар, то летальність втричі менша, ніж коли вони госпіталізуються в районні лікарні, де немає умов ні для діагностики, ні для повноцінного лікування. Потім перейдемо в лікарні інтенсивної терапії.

Будь ласка, наступний слайд, я буду трошки скорочувати. 111 відділень, які зараз надають нейрохірургічну допомогу, кожне з них пристосоване до того, щоб надавати допомогу хворим з нейротравмами.

Будь ласка, далі. Якість надання нейрохірургічної допомоги в цілому, потім скажемо про нейротравми, ви бачите, що ці показники стабільні, дещо покращується в останні роки і це забезпечується, хочу сказати, наступний слайд, перш за все системою галузевих стандартів, клінічних протоколів. У нас їх 89, переважно протоколи розроблені для нейротравми, лікарські формуляри і таблиць матеріально-технічного оснащення нейрохірургічного відділення, він опрацьовується в Міністерстві охорони здоров'я якраз для відділень, які надають невідкладну медичну допомогу.

В пріоритеті нашої допомоги, де перш за все життєзагрожуючий стан – це нейротравми, мозковий інсульт: 50-74 відсотки госпіталізованих хворих і особливо актуальним в останній час є питання бойової нейротравми. Наступний слайд. Ми в цьому відношенні плідно спілкуємось з Міністерством оборони і з установою Міністерства охорони здоров'я і розробили такі методичні рекомендації при нейротравмах хворим з черепно-мозковими травмами, травмами хребта і травми периферичних нервів. Ці протоколи працюють.

Будь ласка, наступний слайд і ще раз наступний слайд. Я хотів би зупинитись на значенні наукових досліджень в розвиток нейрохірургії, зокрема на прикладі галузевої технічної програми "Медична допомога при черепно-мозковій травмі", яка працювала і була затверджена спільним наказом Мінохорони і Національної академії медичних наук, де використовувався такий програмно-цільовий підхід до планування наукових досліджень за принципом соціального замовлення. Були розроблені певні пункти виконання цієї програми, за якими ми і працювали.

Що воно дало? Будь ласка, наступний. Ви бачите, що це дані медичної статистики Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я. Летальна і загальна – вона зменшилась в 1,3 рази, післяопераційна – в 1,2 рази за рахунок впровадження дійсно клінічних протоколів і нових методів лікування інтенсивної терапії хворих.

Будь ласка, наступний. Це були 34 науково-дослідні розробки по різних напрямках нейротравматизму і клінічної епідеміології... механізми черепно-мозкової травми, діагностика, лікування, судово-медична експертиза і так далі.

Будь ласка, наступний слайд. В результаті було розроблено три клінічних протоколи і внесено зміни до п'яти існуючих клінічних протоколів

при різних видах черепно-мозкової травми. Окрім того ще захищались дисертації, видавалися монографії і наукові праці і методичні рекомендації.

Будь ласка, наступний. Хочу зупинитися на двох розробках, які є дійсно пріоритетними, я вважаю, такими, що характеризують рівень нашої української медицини взагалі. То інноваційні технології в лікуванні черепно-мозкових ушкоджень, зокрема питання наномедицини, генної терапії при гострій черепно-мозковій травмі.

Будь ласка, наступний слайд. Як показали дослідження, які були проведені, що врахування і застосування генної терапії, воно сприяє відновленню нейронів, структурних змін головного мозку навіть при тяжкій черепно-мозковій травмі.

Будь ласка, наступний. І ви бачите на цьому слайді, що ліпосомальна трансфекція... Певні тут вектори несуть гени на динаміко-когнітивному дефіциті. Когнітивний дефіцит – психологічні речі, які пов'язані з нейропсихологією, а ви знаєте, це дуже актуальна проблема зараз. То кажуть, значне покращення при використанні оцих от нових технологій. І хочу сказати, що це розроблялося українськими фахівцями перш за все.

Наступна дуже цікава інноваційна технологія, вона пов'язана із місцевим фібринолізом у лікуванні інтракраніальних крововиливів. Мінімальні інвазивне втручання, рання активізація, скорочення строків госпіталізації, висока економічна ефективність.

Наступне. Дуже проста технічно це процедура.

Будь ласка, наступний слайд. Ви бачите, який надзвичайно великий крововилив. Робиться невеличкий отвір, вводиться певна різуюча речовина і що є через 48 годин після цього.

Будь ласка, наступний. Також ви бачите ці зміни.

Будь ласка, наступний слайд. І це я хочу показати, це впровадження в практику. Це вже результат лікування. Молода дівчина 18-річна у Вінниці. Тому що ми поширюємо те, що ми робимо, впроваджуємо в практику. Четвертий день після видалення отакої великої епідуральної гематоми, життєво загрожуючий стан. Будь ласка, це те, що може сучасна медицина зробити при нейротравматичних ушкоджень.

Будь ласка, наступний слайд. Реформування. Дійсно, про те, що я говорив. Ми не можемо без цих госпітальних лікарень, як завгодно – центри травми, госпітальні лікарні. Основне, щоб хворі були доставлені в установи, де може надаватися всім якісна допомога, де є лікар-нейрохірург, який чергує цілодобово, де є можливості для нейровізуалізації, де є, як казали, те, що 18 відсотків зараз політравми, де працюють бригади комплексні. У цьому запорука того, щоб наші пацієнти з нейротравмою не вмирили. 75%, я ще раз хочу сказати. Якщо попадає людина з тяжкою черепно-мозковою травмою в районну лікарню, де немає можливості, вона, на жаль, практично шансів одужати не має. При цьому іде мова не тільки щоб вижити – не вижити, а про якість життя.

Наступне, будь ласка. Ну, і реформування. Ми повинні також впроваджувати міжнародні клінічні протоколи, настанови, стандарти і системи контролю за їх дотриманням, визначати обов'язкові дефініції, обраховувати вартість медичної послуги в нейрохірургії, ну, й інші речі.

Будь ласка, далі. Враховуючи те, що було зроблено, і достатньо ефективна була та програма, яка була застосована, і ми звернулися, і затверджено було Національною академією медичних наук, передали і Міністерству охорони здоров'я проект наказу МОЗ та НАН України про затвердження галузевої науково-технічної програми "Медична допомога при нейрохірургічній патології", де великий розділ стосується і нейротравматизму. І дуже сподіваємося, що це буде затверджено.

Ми не просимо додаткових коштів, це у вартості нашого бюджету, і нашого, і установ нашої мережі, але, тим не менше, така системна оцінка і та робота, яка буде проведена, вона, безсумнівно, дасть свій результат.

І ще одне, будь ласка, наступне. То є створення Національного науково-практичного центру нейротравми, найрореабілітації в складі державної установи Інститут нейрохірургії імені академіка Ромоданова. Ну, без найрореабілітації практично чи-то при травматичних ураженнях, чи-то при інсультах розраховувати на відновлення якості життя майже не приходиться. Ми отримали згоду Міністерства економічного розвитку, вони прийняли цей проект як грант, але ми просимо наблизити, тому що воно з 2019 року для впровадження, ми просимо наблизити на один рік – з 2018 року, тому що то є дійсно, ну, дуже важлива соціальна проблема. Велика кількість наших поранених, з нейротравмою, велика кількість хворих, які отримують травму в дорожньо-транспортних пригодах, інших речах. Ну, як-то кажуть, час не терпить, кожен рік є важливим. На жаль, в Україні на даний час немає жодного повноцінного відділення нейрореабілітації державного на сучасному рівні. Є певні приватні структури, але вони не закривають цю проблему.

Будь ласка, далі. І те, що може допомогти створенню такого національного науково-практичного центру, це буде і як учбовий центр, і як центр для навчання, і наші закордонні колеги чи-то з Греції, чи-то з Казахстану, чи-то з Сполучених Штатів Америки готові нам надавати таку допомогу в становленні дійсно сучасного центру нейрореабілітації. У нас, на жаль, поки що такого центру немає.

Я дякую вам за увагу. Готовий відповісти на питання, які можуть виникнути.

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам, Євгеній Георгійович.

Ви знаєте, я повністю підтримую вас в тому, що сьогодні в державі немає повноцінних реабілітаційних центрів. І той проект, з яким ви декілька разів звертались вже, я знаю, до уряду і до парламенту. Я думаю, щоразу ми будемо боротися за те, щоб він був не просто на папері, і бажанням вашим,

медиків і нашим, а щоб він от насправді був реалізований і саме якраз зараз, на моменті підготовки державного бюджету України. І ми маємо посилити цю роботу для того, щоб це відбулось вже в 2018 році. Тому я вам дуже дякую і мені приємно було в вашій саме доповіді почути конкретні речі, які стосуються подальшої роботи.

Принцип "гроші ідуть за пацієнтом". Я знаю, що саме зараз ваш інститут приймає участь в тому, що ви будете одним із пілотів, там, де буде запроваджена оплата зі сторони держави за медичні послуги. Ви активні в цій роботі, і я розраховую на те, що якраз за рахунок цього пілоту можна буде в подальшому формувати, а яка ж кількість коштів державного бюджету буде необхідна на те, щоб вирішувати ті питання нейрореабілітації і по наданню медичної допомоги з травми, з нейрохірургії, що все це якраз стане покроковим, але саме головне – дією вперед у боротьбі з вирішенням питання по травматизму. Дякую дуже вам за цікаву і ґрунтовну доповідь.

ПЕДАЧЕНКО Є.Г. Дякую вам.

СИСОЄНКО І.В. До наступної доповіді запрошую Карабенюка Олександра Вікторовича (кафедра дитячої хірургії Національного медичного університету імені Богомольця). Будь ласка.

КАРАБЕНЮК О.В. Доброго дня, шановна головуєча!

СИСОЄНКО І.В. Будь ласка, виходьте до трибуни, щоб ми вас всі бачили, уважно чули.

КАРАБЕНЮК О.В. *(Вступ без мікрофону)* 5-и років ненавмисні травми, які складають до 90 відсотків дитячого травматизму, нерідко створюють загрозові для життя ситуації та в подальшому стають причинами каліцтва та інвалідства.

Досвід економічно розвинених країн дозволяє стверджувати, що ми могли би запобігти трьом з чотирьох випадків смерті, а також попередити значну кількість травм з нелетальним наслідком.

Поширеність дитячого травматизму представлена в наступному слайді. Темп змін травм та отруень за 22 роки склав 23,9 відсотка. Щороку в Україні травми отримують більше 1 мільйона 760 тисяч людей, з них біля 21% - це діти і підлітки віком до 18 років. В структурі первинної захворюваності травми та інші наслідки впливу зовнішніх факторів в Україні займають друге місце.

Структура дитячого травматизму відображена в наступній таблиці: побутовий травматизм складає 62%, вуличний - 15%, шкільний – 3%, дорожньо-транспортний - 13% (і слід відмітити, що за останні роки цей

відсоток збільшився значно), спортивний – 4%, інші види травматизму – біля 1%.

Воєнні дії на сході України спричинили нові види травм у дітей з березня 2014 по березень 2015 років 109 дітей отримали вогнепальне поранення та міновибухові травми, 42 дитини загинули.

В структурі травм за локалізацією перше місце займають травми кінцівок – 67 відсотків, з них до 30 відсотків складають переломи кісток, травми голови і шиї складають до 15 відсотків, опіки – 4 відсотки, травми області живота і спини – 2 і 2,4 відсотки, грудної клітки – 2 відсотки, політравма складає біля 1,5 відсотки, але має найбільш важкі наслідки в дітей.

Розглядаючи травматизм у віковому аспекті, треба відзначити, що в немовлят єдиною причиною травми є недогляд та відсутність уваги з боку дорослих. Найбільшому ризику піддаються діти віком від одного до п'яти років, які ще не можуть адекватно оцінити небезпеку. Отримавши свободу пересування, дитина починає вивчати навколишній світ та набирається власного досвіду шляхом спроб та помилок. В шкільному віці травми бувають різноманітними: опіки, падіння, дорожньо-транспортні пригоди тощо. Травматизм у цьому віці має сезонність, хлопчики страждають від травм у два-три рази частіше, ніж дівчата і співвідношення лише збільшується з віком.

Смертельні випадки – це мала, однак найбільш трагічна частка дитячого травматизму. В 2016 році від травм в Україні загинуло 320 дітей. Більшості летальних випадків можна було б запобігти, про це свідчить досвід впровадження країнами європейського співтовариства комплексних програм, що дозволило за останні роки зменшити дитячу смертність від травм до 50 відсотків.

Особливе занепокоєння викликає статистика дорожньо-транспортних пригод за участю дітей. Смертність на дорогах України залишається найвищою серед усіх країн Європи. Понад 43 відсотки загиблих є пішоходами та велосипедистами. Причинами дорожньо-транспортних пригод з тяжкими наслідками були: перевищення водіями швидкості, необлаштовані пішохідні переходи, порушення правил перетину перехрестя, а також управління транспортом у нетверезому стані. За даними поліції міста Києва в 2016 році дитячий травматизм внаслідок дорожньо-транспортних пригод виріс аж на 400 відсотків. Постраждало 232 дитини, 60 з них загинули. Така ситуація на дорогах України потребує невідкладних змін на законодавчому рівні.

Існує декілька схем лікування хворих з тяжкими травмами. В нашій клініці використовується етапна схема лікування хворих з політравмою. Слід відзначити, що за останні роки застосовуються малоінвазивні технології, використовуються апарати зовнішньої фіксації, інтрамедулярні стрижні.

Представлені дані свідчать про високу актуальність проблеми дитячого травматизму та необхідності проведення ряду заходів профілактичної спрямованості. Організація заходів щодо зменшення дитячого травматизму вимагає участі не тільки системи охорони здоров'я. Надавши профілактиці дитячого травматизму вищий рівень пріоритетності, Україна стане учасником руху за зниження однієї з провідних причин дитячої смертності в європейському регіоні.

Необхідно реалізувати в Україні політику і стратегію Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо профілактики дитячого травматизму за наступними напрямками: інтеграція в державну систему охорони здоров'я комплексних заходів з моніторингу та профілактики дитячого травматизму з використанням сучасних інформаційних технологій;

включення результатів дослідження в міжнародні банки даних для створення основи щодо продовження дослідницької роботи і співпраці з вченими та медичними працівниками різних країн;

поширення знань про сучасні методи діагностики і лікування серед медичних працівників, а також поліпшення матеріально-технічної бази з метою підвищення професійного рівня, що сприятиме поліпшенню стандартів і якості медичного обслуговування;

залучення до проблеми профілактики дитячого травматизму інших центральних органів виконавчої влади, громадських організацій, широких верхів населення;

реалізація розроблених конкретних заходів в рамках Резолюції Європейського регіонального комітету "Попередження травматизму в європейському регіоні" сприятиме розширенню партнерських зв'язків із співробітництва з Європейським Союзом і дозволить знизити дитячий травматизм і рівень інвалідності та смертності внаслідок травм у дітей. Дякую увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую за доповідь, Олександр Вікторович.

У мене є до вас запитання. Дивіться, зараз поруч з вами є представники законодавчої влади, виконавчої влади, є фахівці з усієї України. Скажіть, будь ласка, дуже чітко, яке ваше бачення щодо конкретних кроків по зменшенню дитячого травматизму? От що саме влада різних рівнів має почати робити в наступному році, щоб рівень дитячого травматизму зменшувати? От будь ласка, дуже стисло і конкретно.

КАРАБЕНЮК О.В. По-перше, треба попереджувати виникнення дорожньо-транспортного травматизму. Це може відбуватися шляхом обладнання пішохідних переходів біля дитячих дошкільних закладів і біля шкільних закладів, освітлення переходів, встановлення знаків "пішохідний перехід".

Друге - це надання догоспітальної медичної допомоги спеціалізованими бригадами швидкої допомоги. Це повинні бути дитячі бригади, які мають необхідне обладнання, необхідні шини, все необхідне, що може пришвидшити одужання дитини.

Третє - це обладнання малоінвазивними методами лікування спеціалізованих лікарень, які будуть надавати травматологічну допомогу цим дітям. Це так швидко в трьох пунктах.

СИСОЄНКО І.В. Добре. Дякую вам.

КАРАБЕНЮК О.В. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. До наступної доповіді запрошуюю Хоменка Ігоря Петровича. "Бойова хірургічна травма в ході проведення АТО". Будь ласка.

ХОМЕНКО І.П. Шановна Ірина Володимирівна, Тетяна Василівна, шановні присутні! До 2014 року на нашій рідній Україні таке поняття як "бойова травма" не існувало. Були поодинокі випадки. Але ми з нею були знайомі лише із досвіду Великої вітчизняної війни, війни в Афганістані і наших сусідів – це Російської Федерації в Чечні. Але, починаючи з 2014 року, в нашій країні з'явилася бойова хірургічна травма в такій кількості, до якої на початку 2014-2015 років ми не були готові.

За цей час в Міністерстві оборони України медичною службою, хірургічною службою вдалося створити систему лікувального забезпечення антитерористичної операції, основною складовою якої є бойова хірургічна травма.

Наступний слайд, будь ласка. Як ми бачимо на цьому слайді, на сьогоднішній день в зоні бойових дій розгорнуто чотири мобільних військових госпіталі. В Луганській області 59-й мобільний госпіталь і три госпіталі в Донецькій області: на Бахмутському напрямку, на Авдіївському напрямку і на півдні нашої країни в місті Маріуполь. Але крім цього групи військових лікарів в складі хірургів, анестезіологів, травматологів, в деяких випадках судинних хірургів, нейрохірургів присутні в десяти лікарнях цивільних, максимально наближених до зони бойових дій.

Для чого ми це зробили? Ми зробили це для того, щоб протягом "золотої години" поранений або травмований поступав для надання хірургічної, травматологічної допомоги на етап нашої евакуації. Після цього авіаційним транспортом, після надання їм в лікарнях або мобільних госпіталях, поранені та травмовані доставляються в наші військово-медичні клінічні центри, це північного регіону – місто Харків, місто Дніпро лікувальні заклади цивільні і також в наш Дніпропетровський госпіталь.

Хочу сказати, що ми надаємо допомогу в лікарнях не тільки військовослужбовцям, а також і цивільному населенню, і навіть дітям. І

також проводимо евакуацію і дітей, і цивільного населення із зони АТО, тому що, на жаль, в зоні АТО іншу евакуацію провести Міністерству охорони здоров'я дуже важко. Ми використовуємо для цього авіаційний транспорт.

Наступний слайд, будь ласка. Особливості поранень. Ви бачите на цьому слайді, що вони носять множинний, поєднаний характер за рахунок використання високоенергетичної зброї. На сьогоднішній день це в основному міномети. Переважання пошкоджень кінцівок майже 57%. Та вплив індивідуального захисту – це зараз майже 100-відсотково використовується, застосовується і бронежилети і каски.

Наступний слайд, будь ласка. Як бачимо за видимі ушкодження і поранення з 2014 по 2017 рік, то кульові поранення майже не змінились – складають 11%. Але осколкові поранення більше 50%. І зросла значно вибухова травма, особливо в 2016 році, коли проводилася у нас операція на Світлодарській дузі, а також було загострення в Авдіївці. Ну і опіки, бачимо, складають від 3 до 1%.

Наступний слайд. Характеристика бойової травми, бачимо на цьому слайді, що 67% – це легкі поранення, 21 – середньої тяжкості і 11 – це тяжкі і вкрай тяжкі поранення.

Наступний слайд. Якщо ми подивимося на цей слайд, то ми побачимо за локалізацією, що основні це все ураження кінцівок – близько 60%. Від 55 до 65 відсотків в залежності. На сьогоднішній день картина виглядає так. Поранення голови на другому місці – 22%. Грудна клітка, бачимо, десь 9%. Живіть – 4%. І інші – 4%.

Наступний слайд. Я коротко зупинюсь на всіх видах ушкоджень, я дам відсотки, і те, що нам вдалось на сьогоднішній день досягти в наших військово-медичних клінічних центрах, в лікарнях те новітнє, що ми зараз застосовуємо в лікуванні поранених та травмованих з бойовою хірургічною травмою.

Як бачимо, нейрохірургічна травма складає близько 22 відсотків. Із них вогнепальні поранення черепа і головного мозку майже половина і трошки менше відкриті та закриті травми головного мозку, бойові травми периферичної нервової системи близько 5 відсотків і 1 відсоток – це ушкодження спинного мозку.

Наступний слайд. Вже іде майже четвертий рік війни і нам вдалось досягти того, що майже така смертність при бойовій хірургічній травмі як і в цивільному житті складає 4 відсотки, інфекційні ускладнення – 9 відсотків. У порівнянні з іншими локальними і збройними конфліктами, якщо підняти літературу, це набагато менше. Зараз введені в щоденну практику нейрохірургів мікрохірургічні оперативні втручання, які використовуються під час лікування бойової травми. Навіть розроблені, що раніше ніколи не виконувалась, органозберігаючі операції при лікуванні нейрохірургічної

травми. Раніше такі оперативні втручання були заборонені, але зараз ми їх, в деяких є сурові покази, використовуємо.

Наступний слайд. Поранення органу зору складає від 3,5 до 4 відсотків. Контузії складають близько 50 відсотків і проникні поранення десь також складають майже такий відсоток.

Наступний слайд. Також бачимо на цьому слайді використання новітніх технологій. Так використовуємо в поранених останні два роки аутоімунний фіброзний клей, який використовуємо для герметизації пошкоджень в склері заднього відрізка ока, який раніше застосовувався лише в травматології та в абдомінальній хірургії. Ми застосували його в офтальмології і маємо чудові результати.

Наступний слайд. Поранення щелепно-лицевої ділянки складає близько 5 відсотків. Вогнепальні переломи кісток – до 42 відсотків, ізольовані поранення м'яких тканин майже 48 відсотків. Це дуже тяжкі поранення, які потім потребують косметичних оперативних втручань.

Наступний слайд. У нас відбулось п'ять місій канадських лікарів, які приїжджали до нас, проводили навчання, виконували оперативні втручання на базі клініки щелепно-лицевої хірургії, могли навчатись не тільки військові хірурги, а також і цивільні лікарі. Вони виконали 127 оперативних втручань, 350 консультацій. Це була така гуманітарна допомога Канади нашим бійцям АТО.

Наступний слайд. Пошкодження лор-органів. З 10 відсотків на сьогоднішній день зросло до 23 відсотків. І ми бачимо, що з цих 23 відсотків 96 відсотків складає акубаротравма в зв'язку з тим, що використовується високоенергетична зброя.

Наступний слайд. Впроваджені за цей час нові види оперативних втручань при пораненнях, які раніше не застосовувались. Стала залучатись ендоскопічна асистуюча техніка та запроваджені сучасні схеми лікування і розроблені за ці роки акубаротравми.

Далі, будь ласка. Поранення грудної клітки залишається на рівні 9,2 відсотків. В основному це переломи ребер. Але поранені в серце і перикарда складають десь 2,4%. І у нас є, покажу далі, розроблена схема евакуації цих поранених, і поранені в область серця на сьогоднішній день, яких довозять до етапів медичної евакуації, вони виживають. Виконуються унікальні операції як в Інституті імені Зайцева, так і в Інституті імені Амосова, куди ми доставляємо своїх поранених.

Наступний слайд. Запроваджено застосування також сучасних технологій при лікуванні поранених: відеоскопії для видалення як згорнутого гемоторакса, так і сторонніх тіл, осколків. Як бачимо, кулі також видаляємо за допомогою цієї техніки.

Наступний слайд. Травма живота складає 4%. 67% це непроникаючі поранення, 32% - це проникаючі.

Наступний слайд. Вперше в світі у 61-у мобільному госпіталі в польових умовах в палаті була виконана лапароскопія поранених в 2014 році. Зараз у всіх мобільних госпіталях у нас є лапароскопічні стійки, є спеціалісти, які виконують лапароскопічні операції при пораненнях живота, що раніше ніколи не виконувалось.

Наступний слайд. Поранення магістральних судин складає близько 1,3% - в основному це нижні кінцівки і верхні кінцівки.

Наступний слайд. Нам вдалося за цей час максимально наблизити судинних хірургів до зони бойових дій, вони є у всіх мобільних госпіталях і в деяких лікарнях, в яких знаходяться травматологи і судинні хірурги, щоб протягом години максимум півтори години могли отримати ангіохірургічну допомогу як пораненим військовим, так і цивільним.

Наступний слайд. Поранення кінцівок залишається найбільший відсоток, близько 60%, де переважають поранення м'яких тканин, але і переломи кісток десь 23,5%, нижні кінцівки – це 60%, 40% - верхні кінцівки.

Наступний слайд. Ну і тут показано деякі оперативні втручання, які зараз виконуються. Застосовується комплексна, коли застосовуються пластичні пересадки, застосування VAC-терапії, аутодермопластика, такі операції виконуються у нас в Національному клінічному центрі.

Наступний слайд. Тут також бачимо, коли використовуються, що раніше не використовувалося при пораненнях, занурений металосинтез, використання клею фіброзного і пластика оторако-дорзальним лоскутом. Ми бачимо кінцевий результат таких поранень.

Наступний слайд. І хочу сказати, що наші лікарі, які виїжджали в зону АТО, а вони виїжджають раз в три місяці на ротатії, зараз почали використовувати навіть артроскопії в зоні бойових дій. І в місті Бахмуті було виконано 80 артроскопій, провели навчання цивільним лікарям. Зараз закуповується обладнання. І там теж будуть застосовувати, що раніше не виконувалося в зоні бойових дій.

Наступний слайд, будь ласка. Опіки складають 1,2%. Але хочу зазначити, що відділень в Міністерстві оборони немає, і ми використовуємо для лікування лікувальні заклади міста Дніпропетровськ, а також міста Києва.

Наступний слайд. Хочу так коротко показати, що у нас з'явилися сучасні евакуаційні засоби національного виробника. Це автомобілі "Богдан", які були вручені Президентом України 66-у мобільному госпіталю для евакуації поранених з переднього краю.

Наступний слайд. У нас з'явився сучасний рентгенологічний комплекс на базі КраЗу, який знаходиться зараз в 66-у мобільному госпіталі, де виконуються цифрові знімки.

І наступний слайд. І хірургічний комплекс сучасний, який стоїть прямо під авдіївською лікарнею, і там виконуємо оперативні втручання в ньому вже протягом двох місяців.

Наступний слайд. Я хочу показати, ось ця схема, яка зараз розроблена і запроваджена у нас. Протягом однієї-двох годин з поля бою доставляється поранений в лікувальні заклади або районні лікарні, або міські лікарні, або військові мобільні госпіталі, де знаходяться військові хірурги. 88% на сьогоднішній день доставляються протягом однієї години. Поранені в область ока, опікові хворі доставляються зразу з військових мобільних госпіталів в місто Дніпропетровськ в опікову лікарню протягом 6-8 годин. Поранені в область серця, оминаючи третій етап, третій рівень надання медичної допомоги, авіаційним транспортом з мобільних госпіталів доставляються в лікувальні заклади Національної академії медичних наук міста Харкова і міста Києва.

І бачимо, що у нас діє п'ять рівнів згідно системи ООН або натівської системи надання медичної допомоги, і воно вже в нас запроваджено.

Наступний слайд. Що це нам дало? Нам вдалось добитись того, що на етапах евакуації смертність у нас складає 1,3-1,35 на сьогоднішній день відсотків. І 94 відсотки ми повертаємо з усіх санітарних втрат до строю. Це в порівнянні з іншими ви бачите, що нам за ці три роки вдалось зробити.

Наступний слайд. І що стосується пропозицій. Всі були в нашому національному клінічному центрі, майже всі присутні. Ірина Володимирівна часто буває, Тетяна Василівна. Я хочу сказати (перший слайд я пропущу), що ми використовуємо, бачили, всі високотехнологічні оперативні втручання, які використовуються в цивільній медицині, ми їх застосовуємо зараз всі для наших поранених. Такого ніколи не було. Але ми їх застосували, починаючи з мобільних госпіталів. Але нашому національному клінічному центру 262 роки, і приміщення, вони розкидані, знаєте, по всьому госпіталю. Хірургічно хворих не можна діагностично провести в одному місті, потім ми їх веземо через госпіталь в інший корпус. На сьогоднішній день день 262 роки – це добре, але й приміщенням деяким 262 роки. Назріла негайна вже потреба нам нового хірургічного корпусу.

Ви ж бачили в травматології, коли треба об'єднати, між тими побудувати новий хірургічний комплекс. Коли ми з'єднаємо хірургію, травматологію, ЛОР в одне, тоді, я думаю, що у нас показники будуть ще кращі. Тому вас як заступника голови комітету, вас як представника влади просимо звернути на це увагу. До нас приїжджають і сьогодні у нас присутні американці, дивляться, ходять, восхищаються, але бачать, в яких умовах ми, на жаль, на сьогоднішній день знаходимося. Дякую за увагу. Якщо є запитання, готовий відповісти.

СИСОЄНКО І.В. Я вам дуже дякую.

І та робота, яка проведена за три роки якраз по питанням бойової травми, і ті результати, які вже сьогодні ви маєте, і ті п'ять рівнів, які ви сьогодні показуєте, це є дуже значною роботою, яка проведена. І я дуже розраховую, що, все ж таки, питання і етап п'ятий – реабілітація, що він

з'явиться в більш ефективному рівні в нашій державі нарешті. А те, що ви кажете про застарілі матеріально-технічні бази медичних закладів. Я повністю вас підтримую, що зараз якраз етап в нашій державі, коли нарешті ми маємо будувати нові приміщення, тому що час іде, ті вже умови не сприяють наданню якісної ефективної медичної допомоги. Тому те, що стосується нашої підтримки на додаткове фінансування з боку держави, то обов'язково вона у вас буде.

ХОМЕНКО І.П. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам.

Шановні колеги, зараз пані Тетяна має повертатись до Міністерства охорони здоров'я і виконувати далі свою роботу, але я хочу скористатись нагодою, що вона зараз є з нами, і якщо є певні запитання, а вони, я знаю, є з приводу подальших нових спеціальностей з парамедицини, а тема, з якою сьогодні ми з вами зібрались, я вважаю є безпосередньою якраз координацією між роботою екстреної медичної допомоги і всіма тими іншими речами, які мають стати єдиним цілим у боротьбі з травматизмом, то, будь ласка, давайте зараз декілька хвилин поспілкуємось, а далі я надам останнє слово для останньої нашої доповіді по програмі, яка передбачена.

Які є в кого запитання? Будь ласка.

ІЗ ЗАЛУ. Вельмишановна Ірина Володимирівна, якщо можна, то не запитання, а декілька просто своїх пропозицій щодо рішення і щодо цієї проблеми. Враховуючи назву конференції, що травматизм – загальна проблема сьогодні, я хотів би звернути увагу, що травматизм включає три складових. Це виявлення, реєстрація виявлення, розробка заходів щодо профілактики його і третє – це розробка організаційних питань надання сучасної медичної допомоги. І вирішення ні однієї з цих складових не вирішить загальної проблеми травматизму.

Тому, маючи певний досвід роботи, ще коли в нас працювала національна рада з питань забезпечення життєдіяльності при Кабінеті Міністрів, виконуючи накази, які були про роботу комісії по боротьбі з травматизмом, які були при всіх обласних і районних виконавчих комітетах, я хотів би відмітити, що рішення цієї проблеми повинно бути загальнодержавне. Чому я так кажу? Ми вирішували наші медичні проблеми майже на всіх з'їздах, наших конференціях за багато-багато років і вони залишались тільки обговоренням, прийняттям рішення і дуже мало ефективності на державному рівні.

Коли ми приймали такі рішення на національній раді, де, до речі, доповіді робили не медики, а робили начальники управлінь чи це по водному транспорту, чи це по промисловості, чи це по спорту і так далі, тому рішення

приймалось і були пропозиції, які мали державне значення, тобто були якісь важелі управління.

Тому я хотів би попросити, якщо це можливо, є в нас у проекті резолюції написано: просити про створення при Кабінеті Міністрів національної ради з питань безпечної життєдіяльності комітету. Вона була створена вже за часи незалежності України і я думаю, що цю комісію ніхто не відміняв. Я недавно мав розмову з генералом Дурдинцем, який довгий час керував цією радою і я думаю, що просто можна знайти матеріали, відновити просто цю роботу, і відновити роботу комісії по боротьбі з травматизмом, яка працювала дуже довго по всіх областях і районах України. Я неодноразово приймав участь в її роботі і бачив, яка ефективність, коли головою цих комісій являється перший заступник виконавчого комітету. Це друге.

По-третє, на першій сторінці там написано, що боротьба з травматизмом є не лише медичною проблемою. Я хочу сказати, що вона являється загальнодержавною проблемою. Її іноді цю проблему можна слухати й на РНБО, оскільки це і безпека України, особливо зараз, коли проводяться всі ці заходи на АТО.

І на кінець останнє. От є пункт 5-й, де написано: "Доручити Міністерству охорони здоров'я України спільно з Національною академією медичних наук розробити та затвердити в установленому порядку галузеву наукову програму по допомозі нейрохірургічній патології." Я хотів би додати, якщо ми знаємо, що і в мирний час, і особливо зараз, при проведенні АТО, майже 70 відсотків травми – це опорно-рухового апарату, можливо, додати сюди "і при травмі опорно-рухового апарату." Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Добре, я вам дякую за слухні і своєчасні пропозиції. Ми виправимо і додамо це до резолюції сьогоднішньої спільної роботи.

Я хочу, користуючись нагодою, задати пані Тетяні те питання, яке мені дуже часто задають медичні працівники екстреної медичної допомоги, коли я спілкуюсь і їжджу регіонами. Пані Тетяна, щоб ми так зараз всі разом, але почули це від вас. Люди занепокоєні тим, що з введенням нової спеціальності такої, як парамедик, лікарі, які працюють зараз на екстреній медичній допомозі, вони можуть бути звільнені. Скажіть, будь ласка, саме бачення Міністерства охорони здоров'я, як далі будуть відбуватись якраз питання формування бригад екстреної медичної допомоги. Тобто ті фахівці, які зараз є, тобто яка їх подальша доля і як це буде в питаннях взаємодії вже з новими спеціальностями, які вводяться Міністерством охорони здоров'я. Будь ласка.

ТИМОШЕНКО Т.В. Перше. Звичайно, є занепокоєння, і, як я вже говорила раніше, для того щоб лікарі медицини невідкладних станів почали працювати в лікарнях, ми маємо створити всі умови для цього. Це мають бути створені відділення екстреної медичної допомоги, і тільки після цього

ми можемо говорити про перехід лікарів з догоспітального етапу на госпітальний етап.

Звичайно, ми обговорювали питання того, що в деяких випадках надання саме допомоги лікарям є актуальним, і це є в декількох країнах Європи, коли, все ж таки, лікарі за потребою виїжджають на випадки, особливо що стосується масових жертв, особливо що стосується якихось складних життєвих показів. І тому ми говоримо, що ці лікарі, вони працюють саме в цих відділеннях, але, за потребою, вони можуть виїжджати для надання такої допомоги.

Ми говоримо про те, що парамедик – це є медичний спеціаліст, який навчається три роки. Це можуть бути або університети, або медичні коледжі, але він навчається з першого дня для роботи в системі екстреної медичної допомоги, а не як фахівець планової допомоги, який потім стажується два місяці в бригадах. Ми говоримо про те, що ця програма буде включати потужну практичну складову і при навчанні вони вже з третього курсу будуть працювати в системі екстреної медичної допомоги в наших центрах екстреної медичної допомоги. Так ми плануємо і це є на сьогодні рішення Міністерства охорони здоров'я. І я сподіваюсь, що професійна спільнота підтримає це рішення, тому що, як я вже теж говорила, ні в одній країні світу немає водіїв, які на сьогодні в нас не є повноцінними членами команди. Так, ми вже навчаємо зараз водіїв, деякі знають базову реанімацію, деякі навіть знають обладнання і коли ми проводимо змагання, ми бачимо, що дійсно ті центри екстреної медичної допомоги, які пішли вже кроком вперед, то вони і для водіїв проводять такі навчання, але, на жаль, це не підкріплено ніякими законодавчими ініціативами. Тому ми хочемо це змінити, зробити повноцінні команди, які будуть надавати допомогу.

Тут ми говорили про розподіл між дітьми і дорослими. Я хочу сказати, що також немає розподілу, тому що парамедик працює як з дітьми, так і з дорослими, тому що ви не знаєте, куди ви при їхали, вірніше, можете знати, куди ви їдете, але, на жаль, допомоги в цей час можуть потребувати додатково як діти, так і дорослі. Тому це все ж таки є універсальні спеціалісти, які можуть надавати допомогу як і дітям, так і дорослим. Як показує практика сьогоднішніх змагань, ті центри, які вже хочуть змін і вони вже давно потребують цих змін, вони вже над цим працюють дуже давно і такі спеціалісти є в системі екстреної медичної допомоги.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам. В кого ще є запитання до пані Тетяни? Будь ласка.

ІЗ ЗАЛУ. В Рівно є лікарня, яка в принципі одна з небагатьох в Україні, надає екстрену невідкладну медичну допомогу. І що я би хотів сказати. Ми вже кілька років контактуємо з нашими колегами з Німеччини, які мають також державну клініку, так у них в складі швидкої допомоги виїжджає на

політравму лікар-травматолог відділення, який працює в лікарні, не лікар швидкої допомоги, а на політравму, безумовно, виїжджає лікар-травматолог, який знає, що робити і як робити.

На жаль, зараз у нас виходить так, що завдання швидкої допомоги, лікаря чи фельдшера головне – довести швидко в лікарню і довести живим, а далі його вже не хвилює, як воно буде далі і який процес далі буде створений. Для нього це, скажемо так, завдання не першої важливості. А мало би бути трошки по-іншому, як розповідають наші колеги. Якщо ви це зробите завдяки тим реформам, які ви робите, ми будемо це тільки вітати. Якщо від них стане гірше, то вибачайте.

ТИМОШЕНКО Т.В. Дякую.

Ми за потребою розглядаємо можливість виклику лікаря для надання допомоги на догоспітальному етапі, але це не буде його основною роботою.

СИСОЄНКО І.В. Я би хотіла додати і трішки відкоригувати. До тих пір, поки в нас у державі немає, куди саме везти, тобто ми маємо спочатку створити оці багатопрофільні лікарні, оці лікарні, де будуть відділення екстреної медичної допомоги, я вас дуже прошу, Міністерство охорони здоров'я, не робить зло по відношенню до України і в першу чергу до медиків. Зараз є величезне хвилювання в регіонах по всій Україні, що з запровадженням нової спеціальності "парамедик", що саме лікарі, які сьогодні є в бригадах екстреної медичної допомоги, що вони будуть там вже не потрібні і що вони будуть звільнені. Тому я вас дуже прошу, давайте спочатку навчіть, паралельно побудуйте, а потім лише робіть будь-які там зміни. Добре? Дуже дякую вам і дякую, що ви єдина з міністерства, хто сьогодні побули разом з нами на такій важливій темі і на такій важливій зустрічі. Дякую вам, пані Тетяно.

ІЗ ЗАЛУ. Є питання до представника міністерства. Я хотів би запитати.

СИСОЄНКО І.В. Останнє, будь ласка.

ІЗ ЗАЛУ. В актуальності проблеми травматизму велике значення має організаційне питання, я би сказав навіть, може, на першому місці. Чим керувалось Міністерство охорони здоров'я ліквідував службу головних спеціалістів? І чи це кінцевий вже варіант, чи є якісь можливості повернутися?

ТИМОШЕНКО Т.В. Я думаю, що ви всі знаєте, що Міністерство охорони здоров'я створила групи експертів. Наприклад, в системі екстреної медичної допомоги є група експертів – це лікарі медицини невідкладних станів, це є спеціалісти навіть закордонні, які ввійшли в цю групу. Це є групи

експертів, які приймають рішення щодо змін в системі екстреної медичної допомоги. Це наказ був опублікований в липні, я думаю, що кожен з вас може ознайомитися. І це група спеціалістів, яка працює над тією чи іншою проблемою. І ці експертні групи замінили по факту саме службу головних спеціалістів.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам. Дякую, пані Тетяно.

І остання у нас доповідь. Я запрошую Ничитайла Михайла Юхимовича – заступника директора з наукової роботи Інституту хірургії і трансплантології імені Шалімова. Будь ласка.

НИЧИТАЙЛО М.Ю. Високоповажна Ірина Володимирівна, високоповажні колеги, дорогі друзі. Політравма, яка супроводжується травмою в першу чергу кінцівок, верхніх і нижніх кінцівок, і травматичним ураженням органів, це в першу чергу грудної та черевної порожнини. Це я би сказав кульмінація в наданні медичної допомоги такого роду постраждалим. Я думаю, що труднощі при комбінованій травмі з ураженням... органів досягають максимуму. Це в першу чергу якісно новий тим мікрофлори, яка і на етапі ураження і на етапі подальшого лікування є дуже суттєвим елементом комбінованого лікування.

Так сталося, що Інституту хірургії і трансплантології до теперішнього часу не займався екстреною медичною допомогою при політравмі і при травмі в тому числі. Ми займалися в основному, незначна кількість хворих були після ураження в побутовій травмі. Всі ми знаємо, що настав період, коли з'явився якісно новий вид травматизму, і це заставило, в тому числі і нас, на теперішній час дещо змінити свій профіль і повністю заручитись в ту проблему, яка на сьогоднішній день являється однією з ключових, це проблема хірургічного лікування в першу чергу гострих травм і в другу чергу, може, навіть більше, це наслідків перенесених травм.

З вересня 2014 року по теперішній час ми маємо досвід лікування біля 500 і більше, приблизно 517-520 бійців Збройних Сил України та силових відомств, добровольчих батальйонів, яким надані оперативні втручання в наших клініках. І з огляду на це, з аналізу результату, ми розділили всіх цих постраждалих на три групи. Це, в першу чергу, поранені з мінно-вибуховими осколковими або комбінованими ураженнями. Це, на перших етапах, 2013-й рік, це була найбільш така вагома частка, і в основному вона стосувалася того, яким ураженням цим була надана неадекватна, не зовсім адекватна хірургічна допомога на попередніх етапах. Вони поступили до нас в строки від 3-х днів до 3-х тижнів і потребували різного роду складності комбінованих оперативних втручань.

Друга група – це пацієнти з наслідками бойової травми, які поступили значно пізніше і потребували реконструктивно-відновлювальних операцій, в тому числі з естетичної точки зору.

На кінець третя група, ми її виділили, це демобілізовані бійці, які потребують високоспеціалізованої медичної допомоги при загальнохірургічних захворюваннях, в тому числі і онкологічним, які знаходяться в особливому психологічному стані і, звичайно, загострення цих хвороб були результатом перебування їх в АТО.

От відношення цих характеристик і цих груп. Перша група поранень – це від 6-и до 3-х тижнів після поранення та оперативних втручань. Це, в основному, була первинна хірургічна обробка, оперативне втручання на органах черевної порожнини малого тазу, в основному паліативного характеру. А також відносно складі оперативні втручання на підшлунковій залозі, печінці, розриві діафрагми, розриві легені, це надто складні оперативні втручання, яких на минулих етапах, може, їм була надана медична допомога адекватна, але вони потребували подальшої хірургічної реабілітації.

Ну, що тут треба сказати? Перша група – це ушкодження, дефекти м'яких тканин, судинно-нервових стволів та кістково-м'язового апарату. Це хворі в значній частині були доставлені до нас, десь 70 відсотків, з інфікованими ранами, причому полівалентна мікрофлора – це і аеробна, і анаеробна. В нас досвід показує, що не дивлячись навіть в якійсь мірі на адекватну чи не зовсім адекватну антибіотикопрофілактику, все-таки мікрофлора, яка висівалась, аеробна в основному, оскільки анаеробна культивується до теперішнього часу, вона майже не культивується, вона в 67 відсотках майже не чутлива до самих сильних антибіотиків.

Друга група – це ураження органів черевної порожнини, в тому числі стан після оперативних втручань. Перше – це звичайно ілеостоми, це відкриті животи, тобто лапароскопія, в яких було потрібно вирішувати питання стосовно адекватності повторних оперативних втручань і напрацювання подальшої хірургічної тактики, а також крупні дефекти м'яких тканин кінцівок, які були або з ураженням судин, або з адекватною їх корекцією далеко не завжди в силу того, що судинних хірургів немає або після адекватної корекції судин.

Що можна сказати, які особливості? В першу чергу, це була антибіотикорезистентна, як правило, я би сказав мікрофлора. Це кишкова паличка особливо у випадках, коли є комбіновані ураження органів черевної порожнини. Це звісно стафілокок, в тому числі метицилін-резистентний стафілокок, це звичайно неспорутворююча анаеробна мікрофлора. Це є ключовим елементом при виробленні хірургічної тактики.

Крім того, в абдомінальній хірургії дуже серйозна є проблема виявлення елементів контузії, особливо кишківника. При ураженні, здається, навіть невеликому контузії печінки і особливо підшлункової залози і селезінки зона контузії відіграла один з ключових елементів. З одного боку, тут потрібно обов'язково уніфікувати покази до резекційних втручань,

з другого боку, залишити контузію, особливо кишківника завжди потребує повторної релапаротомії.

Тому зараз стоїть питання дуже серйозне цієї категорії хворих. По-перше, наскільки важливо виконувати резекційні втручання, наскільки важливий метод їх завершення. І що особливо, покази до повторних оперативних втручань в фазі відкритого живота.

Ну і, звичайно, дуже серйозні проблеми були в силу відновлення у випадках адекватного, але дещо запізненого відновлення кровотоку в кінцівках, ставало питання про подальше хірургічне лікування. Тобто ліквідація дефектів низових тканин, м'язів, подальша пластика – це дуже-дуже серйозна проблема.

Ну і адекватне закриття обширних дефектів з урахуванням того, що дефекти були до 70-80 на передній черевній, на грудній клітці, важливо було і важко уніфікувати покази для, по-перше, строків оперативного втручання і його об'єму.

Ну, перший етап. Я думаю, що в нашому лікувальному закладі з метою лікування подібного роду хворих були створені лікувальні бригади. Перше в даному випадку, може, друге місце, бригади: анестезіолог-реаніматор, абдомінальний і судинний хірург, крім цього, спеціаліст з реконструйовано-відновлювальної та пластичної хірургії і травматолог. Ну, за наявності, за необхідності залучали інших – торакальних хірургів, хірургів серцево-судинних і так далі.

Ну і, перший етап – це загально клінічний – обстеження максимально швидко з використанням самих сучасних методик, в першу чергу лапароскопічних методик, ендовідеометодик, методик ангіографії, методик комп'ютерної томографії, ядерно-магнітної резонансної томографії. В даному випадку вважаємо, що у випадках і контузії, і особливо комбінованих травм, в першу чергу треба робити комп'ютерну томографію. Причому включати для цього і череп, і грудну, і малий таз, і черевну порожнину, і кінцівки. Це повинно бути максимально прискорено. У випадках, коли ми не можемо диференціювати гематоми, тут треба застосовувати дуже широко лапароскопію.

Ну і другий етап – оперативне втручання в залежності від того, яка патологія є пріоритетною. Й після консиліуму в максимально короткі строки приймати рішення про етапність її завершення.

Ну і, реконструктивні відновлювальні оперативні втручання – це третій етап, це вже більше, можна сказати, границя між плановою і екстреною хірургією. Ну, я тут продемонструю, зверніть увагу. Наступний слайд.

Зверніть увагу, тут клінічні приклади. Я думаю, що декілька вражаючих, звичайно, елементи, котрі вимагають високої кваліфікації і високої напруги і, звичайно, мультидисциплінарного підходу. Я думаю, що не стільки важливо розшифрувати тут в подальшому.

І клінічні приклади хворих першої групи, зверніть увагу, наскільки це просто. Дуже молодий чоловік, зверніть увагу, який мав широкий і великий дефект, і вдалось перевести в асептичну фазу рану і закрити лоскутом.

Друга група, це пацієнти, які потребують реконструктивно-відновних втручань. Є ... відновлення прохідності шлункового та підшлункового тракту - це ІЛО*. Трансверзостомія... зовнішні нориці жовчних протоків, це зовнішні нориці печінки і так далі.

Тут етапи реконструкції в першу чергу на сухожильному апараті. Реконструктивно-відновне втручання з елементами пластичної хірургії.

Які, на наш погляд, елементи все-таки є? Головне тут проблема уніфікації строків оперативних втручань. І друге, це звичайно, що об'єм оперативних втручань. Які тут проблеми є, перше – це "спляча" інфекція в зоні операції, виражений злуковий процес, великі дефекти сухожильного апарату, наслідки контузії оточуючих тканин.

Декілька хворих настільки було важко і при лапароскопічних втручаннях, і навіть при відкритих, і в умовах можливості дактилоскопії брижейки кишечника виявити ці насідки контузії.

От клінічні приклади другої групи, зверніть увагу, які страшні. Молоді люди, а які хороший ефект отримали від правильних організацій. І тут, бачите, при комбінованих ураженнях, коли потрібна пластика, закриття дефектів за допомогою комбінованих лоскутів.

І ми вважаємо за доцільне все-таки виділити третю групу. Третя група – це хворі, можна сказати уже хворі або поранені з наслідками цих перебування в зоні АТО. Це загострення загально-хірургічних хвороб, загострення онкологічних хвороб, які в силу особливого психологічного статусу потребують кваліфікованої допомоги і умов мультидисциплінарного підходу. І третя група усунення дефектів і так далі.

Що я можу сказати на завершення. Повноцінне комплексне лікування поранених зі мінно-вибуховими травмами є прерогативою в першу чергу потужних мультидисциплінарних медичних заходів, в яких поранений в найкоротший термін може отримати компетентну спеціалізовану і високоспеціалізовану допомогу.

Серед цивільних медичних закладів ту відповідну допомогу в змозі надати лише лікарні III рівня та мультидисциплінарні хірургічні інститути Національної академії медичних наук. Я назвав би пріоритетом надання подібного роду допомоги хірургічними інститутами Національної академії медичних наук.

Доцільно в рамках реформування системи військової медицини мати в таких закладах лікарські бригади військового резерву, основою яких є спеціалісти анестезіологічно-хірургічного профілю, які би мали відповідні навички та знання з військової медицини, щоб могли в разі необхідності не тільки надати відповідну допомогу, а й забезпечити розгортання повноцінного військового закладу. Слід звернути увагу, що ці

мультидисциплінарні умови можуть стати основою для навчання військових лікарів.

Дякую за увагу, бажаю вам здоров'я, повноцінної краси.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам, Михайло Юхимович. Дуже така ґрунтовна медична доповідь. Дякую вам. Будь ласка, запрошую вас до вашого місця.

Шановні колеги, знаєте, з урахуванням тих доповідей і тієї інформації, яку я почула, я розумію, що питання травматизму – це те питання, яке дуже рідко взагалі обговорюється на державному рівні. Ну, мені так здається. Тому що зараз навіть концепція доповідей дуже різна і мета, по суті, наша – це сформування конкретних пропозицій, конкретних кроків, для того щоб це стало обов'язковим для роботи як Верховної Ради, так і міністерств і відомств. Але з урахуванням всього того, що ми почули, ми бачимо лише величезну статистику, ми бачимо величезну проблему на всю Україну, і я не почула, а які ж заходи хоча б там в останні роки на державному рівні системно проводились. Тобто я цього не почула від вас. І я саме це ставила собі за мету, коли сформувала ініціативу проведення такого спільного заходу.

Тепер я пропоную перейти в формат таких обговорень, запитань, відповідей, пропозицій. Я дуже хочу почути всіх інших колег, фахівців, які не мали доповіді, але є сьогодні в залі. І для мене дуже цінна кожна думка кожного з вас.

Будь ласка, в порядку черги підіймайте руку, представляйтесь, тому що ми не всіх знаємо, і, будь ласка, по 2 хвилини на ваші репліки і запитання. Будь ласка.

ІЗ ЗАЛУ. *(Вступ без мікрофону)* Наші керівники зараз знаходяться у Вінниці і так далі.

Я хочу сказати наступне. Наша тема - травматизм – це глобальне поняття, і в державному масштабі, і до цього треба підходити, звичайно, з рівня комітету, але і на рівні уряду, віце-прем'єр повинен очолювати цю роботу, спрямовувати її, відстежувати, аналізувати, впливати в економічному, в плановому, в фінансовому, іншому порядку. Без керівництва централізованого, жорсткого керівництва ми будемо, медики, дуже багато збиратись, будемо обговорювати дуже багато проблем, але ми не зрушимо, не зможемо зрушити.

Необхідний поштовх на рівні законодавчої влади відповідно до трансформації Закону про охорони праці, до Кодексу цивільного захисту і до інших законів щоби відповідальність за охорону праці була на рівні кожної галузі і в кожному законі, і в кожному відомстві були відповідальні люди, які відповідають за охорону праці, за травматизм. Без цього теж організаційно нічого не піде.

Ми говорили дуже багато про охорону здоров'я і говорили про систему екстреної медичної допомоги. В Законі про екстрену медичну допомогу сказано, що система безоплатно користується наскрізним радіочастотним зв'язком. До цього часу ні Міністерство охорони здоров'я, ні Міністерство оборони, ні той, хто розподіляє радіочастоти, наскрізні радіочастоти для МОЗ не надали. На сьогоднішній день, доповідаю вам, стан цієї швидкої медичної допомоги, центри екстреної медичної допомоги володіють радіочастотою 43,75 мГц, яка покриває 20-25 кілометрів. Скажіть, якою на сьогоднішній день, Сергій Омелянович, який центр користується 850, 900 і 1000 мГц, який покриває всю область? Жоден! Немає таких.

Без радіозв'язку, без управління, без центрів, без оперативно-чергових служб управління бригадами швидкої медичної допомоги вони є віртуальні. Ми залишилися до цього часу на рівні району, міста й області – "варяться вони кожен у своєму соку". У випадку надзвичайної ситуації, у випадку виникнення необхідності залучення бригад, ми їх залучити не можемо, немає ресурсу цього.

Над цими питаннями, на думку мою, я ще раз підкреслюю, треба попрацювати. Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам. Знаєте, я тільки сьогодні зранку наголошувала членам бюджетного комітету на необхідності програми "Екстреної медичної допомоги" і окремо звертала увагу саме на створення єдиних диспетчерських на рівні областей. Тому що сьогодні навіть не кожна область має єдину диспетчерську. Київська область, яка поруч зі столицею, тільки в цьому році будує єдину диспетчерську. Але в той же час, наприклад, в місті Харкові вона вже працює там декілька років.

Тобто сьогодні оце також розгалуження і відсутність єдиної державної політики з приводу координації взагалі служби екстреної медичної допомоги якраз є тим наслідком, про який ви тільки що сказали, тому я вас повністю в тому підтримую. Дякую вам.

Хто ще? Будь ласка.

КУРМИШОВ О.В. Курмишов, Київський обласний центр екстреної медичної допомоги в Київській області. Добрий день! Дійсно, в Київській області створюється оперативна диспетчерська я думаю, в цьому році в жовті, мабуть, в листопаді ми його закінчимо і відкриємо. Але дуже важливе питання – це розташування пунктів постійного базування або пунктів тимчасового базування на трасах.

Київська область має чотири загальнодержавні траси, де трапляються майже 80% всіх дорожньо-транспортних пригод по області. Я хочу нагадати, це біля 2 тисяч дорожньо-транспортних пригод і загинуло в цьому році майже 200 чоловік.

На жаль, не створені пункти постійного базування і система надання екстреної медичної допомоги на трасах. Це дуже важливе питання. І я хотів би, щоб у пропозиціях було зазначено щодо створення на загальнодержавних трасах пунктів постійного або тимчасового знаходження бригад екстреної медичної допомоги. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам. Так, будь ласка, Наталія Володимирівна.

БІГАРІ Н.В. Бігарі Наталія Володимирівна – голова постійної комісії з питань охорони здоров'я Київської обласної ради.

Я дуже вдячна Ірині Володимирівні, що вона підняла ті питання, які дійсно на сьогодні є актуальними. І сьогоднішнє моє запізнення на дані парламентські слухання було якраз пов'язане із трасою, з дорогою. Тому що із Ставище доїхати до Києва, я зустріла на своєму шляху три ДТП. Це ще раз показник того, що на це треба звертати увагу.

Зараз я хочу звернутися вкотре до Ірини Володимирівні з проханням. Я знаю, що вона нам не відмовить, тому що для неї Київська область стає як рідна. Ми з нею розпочали і вдало розпочали, і дякую Олександрові Васильовичу, що підтримує цю естафету по впровадженню екстреної медичної допомоги в Київській області. І гадаю, на цьому ми не будемо зупинятися. І я вас прошу вкотре, щоб засідання, яке проходить сьогодні біля стін Верховної Ради, плавно перенесли в Київську обласну раду.

І на фоні того, що ми запровадили програму "Екстреної медичної допомоги", ми, в принципі, в правильному руслі працюємо з госпітальними округами. І підняти паралельно і питання по травматології, щоб ми дійсно правильно всі, кожен округ, зорієнтували в наданні медичної допомоги. І щоб при їх створенні враховувалися і травматизм, і отруєння, і всі ті невідкладні стани, з якими завтра буде стикатися кожна лікарня. І враховуючи те, що паралельно з госпітальними округами будуть відбуватися формування ОТГ, це дійсно гостра проблема, яка сьогодні таки вносить резонанс на місцях. І якщо ми відразу всі ці елементи будемо, як кажуть, по поліціям розкладати, рано чи пізно ми дійдемо до логічного кінця. Тому я вас чекаю в Київській обласній раді. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Наталія Володимирівна.

Дійсно, ми розпочали з вами таку серйозну роботу по запровадженню і створенню служби екстреної медичної допомоги саме в Київській області. Але я би дуже хотіла, щоб й інші області України так само мали такі самі можливості і саме ключове, щоб перейшли до конкретних дій по створенню лікарень інтенсивного лікування і притрасових центрів. Я вважаю, що це є якраз тими кроками, які дадуть свій результат. Тому що без кінця лише говорити, бачити страшно, я вважаю, просто страшно статистику смертності від травматизму, ми маємо переходити до конкретних дій.

Ті пропозиції, які стосуються того, що саме перші особи держави мають безпосередньо координувати цю роботу, я також з цим повністю погоджуюся. Коли від мене пішла ініціатива такої спільної зустрічі саме в Комітеті з питань охорони здоров'я, яку ми проводимо зараз, на жаль, ви побачили кількість представників зі сторони уряду, міністерств і відомств, які присутні в цьому залі. Але це не означає, що ми маємо не продовжувати далі цю роботу. Я вважаю, що, навпаки, ми маємо чітко сформулювати, які дії мають бути в першу чергу зроблені, ким вони мають бути зроблені, і далі разом об'єднувати з тим, щоб все ж таки це робити.

Я знаю, що тут присутні також медики з інших областей. Я би хотіла також вас почути. Будь ласка.

СУЛИЦЬКА І.А. Доброго дня. Ірина Сулицька.

Я говорила, що немає від урядових органів, Міністерства інфраструктури з приводу дорожньо-транспортних пригод. Наразі в Міністерстві інфраструктури розроблено проект Державної програми підвищення рівня безпеки дорожнього руху. Після створення дорожнього фонду, 5 відсотків з якого йде на забезпечення безпеки дорожнього руху, і дуже просили б пропозиції щодо саме охорони здоров'я, тому що вже місячний термін закінчується після надіслання їх на обговорення, вивіщення на сайті міністерства першого проекту.

Але від охорони здоров'я у нас немає жодних пропозицій, не надійшло. Надійшло дуже багато з усіх сфер, і дуже просили, що дійсно саме від Міністерства охорони здоров'я, від інших, можливо, медичних закладів, тому що саме основний індикатор може забезпечуватися – це збереження людського життя. Дуже просили в короткі строки, тому що до 29-го числа, у нас закінчується місяць, коли ми маємо вже подати цю державну програму. Але від охорони здоров'я, на жаль, не надійшло жодних пропозицій, а дуже хочеться все-таки включити і вже при виділенні коштів щось почати робити. Дякую.

ІЗ ЗАЛУ. Надійшло. Ви нам навіть повернули з зауваженнями, ми їх дороблюємо. Вони будуть завтра подані. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

Бачите, це ще раз говорить про те, що у нас така розгалуженість міністерств і відомств призводить до того, що іноді права рука не знає, що робить ліва. І мені приємно, що хоча б зараз спільним заходом ми чуємо від вас, що є певний час і що ми маємо зробити разом, якщо 2 такі важливі міністерства ставлять собі за мету все ж таки фінансування на потреби по вирішенню проблеми по травматизму.

Тому дякую, що ви сьогодні прийшли до нас. Я дуже розраховую, що саме координація тепер через Комітет з питань охорони здоров'я посилить

співпрацю між двома міністерствами, органами виконавчої влади. Добре? Дякую вам.

Хто ще хоче сказати? Будь ласка.

ЧЕРЕНОК Є.П. Добрий день! Черенок Євгеній Павлович, Бориспільська центральна районна лікарня, лікар-травматолог.

Я сьогодні слухав доповіді. Майже в усіх доповідях було питання – посилити третинну ланку, це наукові інститути, так? Але не треба забувати про вторинну ланку надання допомоги.

Приклад сьогодні наводили. Ви їхали сюди довго? Довго. І якщо буде якась травма і треба буде надавати екстренну допомогу, то довести до вашого інституту, це буде неможливо. Це перше.

Тому питання відкриття притрасових центрів, центрів політравми, травматології, це дуже нагальне питання. Тому треба звернути увагу, поперше. От говорять про третинний рівень. Але якщо навіть взяти Сполучені Штати Америки, там є центри травми, травматологи знають, там 5 рівнів травматологічних центрів. Чому ми не можемо в рамках госпітальних округів розподілити і зробити травми по рівнях? Я бачу ваш сарказм, але намагатися щось робити треба. До третинної ланки ніколи не довезуть. Це перше.

По-друге. Пам'ятаєте випадок щодо аварії сина Шуфрича? Хто перший надав допомогу? Не поліція. А допомогу надав син рабина, який був біля синагоги, і там був патрульний рюкзак, і він надав допомогу. Тому є така ідея. Чому не можна зробити заклади, які знаходяться на трасі, я не знаю, 20 метрів, 50 метрів, над цим треба подумати. Затвердити це офіційно наказом чи як. Щоб вони мали змогу надавати першу домедичну допомогу. Щоб в них були патрульні рюкзаки. Я розумію, що приїде першою патрульна поліція, потім ДСНС. Але всі знають, що важливі перші хвилини. При критичній кровотечі людина помирає за 2-3 хвилини, і ніяка поліція, ніяка ДСНС та "швидка" не доїдуть. Тому можна розглянути таке поняття як навчання, офіційно зобов'язати надавати допомогу. Так і по законодавству кожний повинен надавати допомогу. Але розглянути оці заклади, які знаходяться на трасі.

На прикладі Борисполя. Дуже багато аварій. Щодня до Бориспільської ЦРЛ привозять після ДТП. Там знаходяться різні магазини, "Нова лінія", "Сільпо", і часто буває, що біля магазину потерпілий, є кровотеча, всі чекають, ніхто не надає допомоги, і працівники також. У мене є статистика. Я не буду гаяти часу. Але це питання треба хоча б розглянути.

І питання щодо притрасових центрів. Я вважаю, що треба подивитися на всі крупні магістралі і все ж таки почати працювати на базі лікарень, які вже є, відкривати отакі притрасові центри із спеціалістами і так далі. Це дуже нагальна потреба і це життя. Щодня когось не довозять. Багато привозять, і вони помирають вже в лікарні не через те, що, говорили, низький професійний рівень, а привозять в такому важкому стані, що зробити вже

нічого неможливо. Так що, питання є, інформація є, я думаю, треба працювати над цим питанням. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Я вам дуже дякую.

Я знаю, що ви з Бориспільської центральної районної лікарні, так? Я, користуючись нагодою, хочу зразу попросити Наталію Володимирівну Бігарь, яка є керівником медичної комісії саме Київської області, я прошу вас, давайте ми, якщо ми вже працюємо по швидкій допомозі в Київській області активно, давайте проведемо на базі саме обласної медичної комісії разом з облздравом спільне засідання, і, може, зробимо Київську область пілотну і в ініціативі якраз надання домедичної допомоги. Я думаю, що це дуже актуально, тому що 4 траси міжнародного сполучення в Київській області, і в тому числі і попрацюємо над проектом притрасового центру, який ми також зможемо з залученням області більш швидко реалізувати.

БІГАРЬ Н.В. Дякую. Можна я відповім?

СИСОЄНКО І.В. Так, будь ласка.

БІГАРЬ Н.В. Тоді ми швидко організуємо і працюємо на 2018 рік, щоб зайти з новою програмою. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

Так, будь ласка.

МАГАЛЯС Ю.А. Кагарлицька ЦРЛ, лікар-травматолог.

Я хочу свого колегу доповнити по Борисполі про третій рівень. Це реальний випадок, просто приклад. Інститут нейрохірургії 1,5-2 місяці тому, особисто я дзвонив і відмовив прийняти пірнальника: перелом пірнальника, тому що сказали, що ми не чергуємо. Це реальний випадок. І ми поки було це 5, це 6 перелом, протягом трьох годин, поки ми змогли знайти, куди відправити його, у нас немає нейрохірургії, немає КТ, ми не могли навіть встановити діагноз, тому що у нас рентгенівська апаратура.

Просто прохання: звернутися трошки до цих лікарень, які виживають, як можуть, на своїх умовах. І в реальності він потрапив в Інститут нейрохірургії, тому що стан його погіршився, він втратив свідомість за ці 3 години, за які він би, в принципі, міг бути доставлений в кращому випадку до Інституту нейрохірургії. Він все одно потрапив до Інституту нейрохірургії, але тільки через 3 доби. Тобто можливість доїхати... Говорити, да, третій рівень, я розумію, здається, наче маленькі лікарні тягнуть на себе це одіяло, хочеться теж жити всім, але можливість, якщо Центр нейрохірургії знаходиться в Києві, біля обласної лікарні в центрі міста Києва, з Кагарлика 70 кілометрів в день доїхати – тільки вертольотом, більш нічим нереально.

Тобто або потрібно, якщо ми йдемо так робити вертольотні площадки коло центрів екстреної, вертольотами возити, або треба дійсно робити притрасові центри, щоб там хоча б якийсь мінімум спеціалістів, апаратури, діагностики. Інакше, якщо це закривати, ми просто третій рівень завалимо діагностичними обстеженнями. Якщо у нас не буде якісного цифрового рентгена, якщо у нас не буде КТ, щоб зробити, ми просто будемо звозити найменшу черепно-мозкову травму, везти на дообстеження на третій рівень. Там будуть ставити діагноз: струс, і немає ніякої патології і відправляти доліковуватися до нас. І це будуть витрати що екстреної медицини, що державні кошти. Так що це таке прохання.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

Я погоджуюся з вами, тому якраз ми зараз маємо таке спільне обговорення, не дискусію. Відповідь від інституту.

_____ . Інститут не чергує з цих питань, то немає чого везти, тому що інститут з цих питань не ургентує. Якщо він працює певним чином, у нас є ургентні дні, коли ми готові прийняти – то одна справа. Є обласна лікарня, якщо треба, ми даємо консультантів, виїзні бригади оперують там на місці. Тому що дійсно, як ви кажете, ми ж не можемо, коли не готова клініка, не готовий інститут до цього, то чого ж його везти? Ми не можемо надати допомогу.

СИСОЄНКО І.В. У мене є пропозиція. Мені здається, що створення притрасових центрів, центрів травми поруч з трасами є дуже доречним. А інститути Академії медичних наук мають стати трансфером технологій і навчанням для таких центрів. Тоді, я думаю, така співпраця буде більш ефективною. Правда? Дуже дякую вам.

Будь ласка, Ігор Петрович.

ХОМЕНКО І.П. Шановна Ірино Володимирівно, я зараз хочу сказати не як військовий хірург, а як син, брат, як батько, як цивільна людина. Я тут почув, що треба створювати лікарні вздовж трас, треба другий рівень оснащувати апаратурою, тому що не приймають. Я вважаю, треба йти як в усьому світі. Це показав один випадок по евакуації дівчинки з Маріуполя. Посадили вертоліт, поклали дівчинку і посадили вертоліт на Центр серця, доставили. Чому не закупити ці гелікоптери невеликі, як в усьому світі, щоб вони сідали на трасу, не було ніяких заторів. Зробити вертолітні майданчики і доставляти відразу на третій рівень – в центри Національної академії наук або в центри травми, які ви хочете створювати. Треба поррахувати, що дешевше – закупити гелікоптери і навчити людей літати на них чи знову нам будувати те, що через деякий час може стати не потрібним. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Ігорю Петровичу, я вам дякую за пропозицію. Ви знаєте, я другий рік воюю з Прем'єр-міністром за програму екстреної медичної допомоги. Тобто коштів на машини екстреної медичної допомоги в 2017 році виділили нуль, в цьому році, я думаю, ми все ж таки зробимо все, щоб були кошти на це. І я не знаю, що потрібно буде зробити, щоб вмовити уряд на те, щоб закупити такі дороговартісні гелікоптери, про які ви говорите. Але сама пропозиція дуже актуальна. І це ефективно працює в європейських державах.

ХОМЕНКО І.П. Досвід військової медицини показав: ми майже всіх зараз перевозимо гелікоптерами із зони бойових дій, автотранспортом майже не возимо.

СИСОЄНКО І.В. Я розумію. Але ж зараз немає тієї кількості техніки, для того щоб забезпечити всю Україну.

ІЗ ЗАЛУ. *(Репліка без мікрофону)*

СИСОЄНКО І.В. Погоджуюся з вами. Дякую.

_____. Извините. Я хочу сказать следующее. Я не ставил себе задачу, что сказать, но если сказать, то если мы не создадим государственные программы, помните, у нас была в свое время государственная республиканская программа профилактики детского травматизма? Нам удалось тогда снизить уровень. Не будет государственной программы, можно принять ее на уровне парламента, если правительство не хочет, мы ничего этого не сделаем. Тогда можно систематизировать все пассивные, активные профилактики травматизма, и тогда достичь определенного уровня. Потому что иначе не получится, один будет – в лес, другой – по дрова. Простите, что я так говорю, но это правда. Только государственная программа.

И еще хочу сказать. У нас достаточно много сделано. И, конечно, то, что сказал Игорь Петрович, это одна из самых актуальных – аэромобильная эвакуация. Но, к сожалению, я вам могу сказать совершенно юридически, что тот случай с Мариуполем, это, честно говоря, для прокурора, потому что ни площадка не сертифицирована, у нас вообще нет ни одной сертифицированной площадки, ни вертолет не сертифицирован, на котором перевозили. То, что вам разрешили в виде исключения, в свое время Кабмин Яценюка, это военные действия спишут, в гражданской жизни эти вертолеты не подлежат, они не могут быть использованы как медицинские. Это для информации. Спасибо.

СИСОЄНКО І.В. Ну все, бюрократія загубить будь-яку добру ініціативу. Будь ласка, Романе Володимировичу.

ДЕРКАЧ Р.В. Шановні колеги, я хочу відповісти на два такі емоційні виступи. Я хочу сказати, що в жодному разі в моїй та в інших доповідях не було такої фрази, як везти постраждалих в інститути третього рівня. Мова ішла про відкриття центрів першого, другого та третього рівня, які будуть розташовані по всій території України в госпітальних округах. Не потрібно будувати ніяких нових лікарень, потрібно тільки дооснастити необхідним обладнанням існуючі лікарні, створити сучасні приймальні відділення з протишоковими палатами, сучасні центри травми з необхідним травматологічним, нейрохірургічним, хірургічним обладнанням, сучасними методами діагностики і не потрібно хворого з Кагарлика везти до Києва. Ця система, яка працює в усьому світі, як в Америці, так і в Європі, але передбачає різні підходи: чи згідно географічного, чи згідно густоти населення.

Я ще раз хочу повторитись, у нас є готовий проект, готова карта на основі пропозицій головних спеціалістів кожної області, де була створена 171 лікувальна установа, яка готова зараз на себе прийняти функцію травматичного центру другого чи третього рівня. Потрібно тільки розпочати і профінансувати цю програму. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Романе Володимировичу. Хто ще хоче щось сказати? Чи є пропозиції? Будь ласка.

_____. Я хотел бы поддержать создание нейроцентра и просто сказать два слова. Ознакомившись с опытом работы европейских центров, проводится в настоящее время с 2014 года по 2020 год - это изучение эффективности оказания помощи, 71 нейротравматологический центр Европы и Израиля. Работа началась в 2014 году, заканчивается в 2020 году и они пока еще прошли промежуточный этап и показали, что и в развитых странах пока этот вопрос не решен.

Вот единственное, что запомнилось из этих обсуждений – отсутствует практически во многих местах единственный центр, который оказывает помощь, включая в остром периоде травмы, нейрореабилитацию и так далее. И это подчеркивается, когда больной поступает в такой центр, где оказывается лечение и оказание помощи в самом начале, эффективность в разы улучшается.

Кроме того, хотел бы отметить, что в Лондоне в 2010 году они тоже перешли на оказание помощи с созданием больших центров, где оказывается помощь по политравме, а также дифференцируются травматологические центры, которые могут оказать помощь, которую они могут оказать, то есть если оказывается нейротравматологическая помощь, то в течении суток там

доставляются соответствующие больные. И они также показали, что без научного руководства, нейротравматологического руководства создание таких центров очень проблематично, поэтому в 2010 году был создан научный центр - это Имперский нейротравматологический центр в Лондоне. Поэтому я поддерживаю создание такого центра, который окажет, в первую очередь, это будет научная помощь, это методологическая помощь оказания больным именно с нейротравмой. И соответствующее количество нейрореабилитации, которая действует в нашей стране, оно страдает. Создание таких центров, которые окажут как научную, так и методологическую помощь, это будет, конечно, большая помощь для таких больных. Спасибо.

СИСОЄНКО І.В. Спаси́бо вам большое за ваши рекоменда́ции.

Колеги, якщо немає більше запитань, реплік, пропозицій, я би хотіла з вами визначити нашу з вами подальшу роботу. Перше, я пропоную створити робочу групу по напрацюванню цієї державної програми, яка має бути створена. Це перше. В кого є бажання, будь ласка. Маріє, встань, будь ласка, щоб тебе побачили. Це моя помічниця при Комітеті з питань охорони здоров'я. Будь ласка, всі прізвища бажаючих сформуєте їй для того, щоб ми сформували подальші зустрічі для цієї робочої групи.

Далі. Поки буде напрацьовуватися державна програма, я пропоную на базі Київської обласної ради те, що ми щойно домовилися: перейти до конкретної роботи про проекти притрасових центрів, сформувати програму на рівні області по боротьбі з травматизмом. І я також прошу присутніх тут колег з Кагарлику, з Борисполя доєднатися до нашої спільної роботи, а також і всіх бажаючих також я запрошую.

Тобто ось у двох паралельних таких площинах я пропоную переходити до конкретної роботи. І користуючись тим, що у нас є чіткі терміни до подачі пропозицій до Міністерства інфраструктури у форматі дорожнього фонду ми маємо також встигнути внести конкретні пропозиції, які будуть напрацьовані такою нашою спільною роботою. Приймаються такі пропозиції?

Тоді я дякую вам всім. Я вважаю, що ми підняли дуже важливу тему, і запрошую до подальшої співпраці. Дякую всім.