DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.9.6.2020.226955>

Проблеми і перспективи української медицини у боротьбі з коронавірусною інфекцією

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!

Проблеми, які ми порушували на його сторінках попередніх номерів журналу, залишилися актуальними до сьогодні, а подекуди й поглибилися. Епідемія COVID-19 набула ще більших масштабів, вжитих заходів щодо її подолання виявилось вкрай недостатньо. Реформи в галузі медичної освіти, у тому числі й БПР, не завершені, їх помилки не виправлені, а деякі питання, наприклад, щодо діяльності клінічних кафедр та їх стосунків із закладами охорони здоров'я, залишилися не вирішеними навіть на рівні нормативного врегулювання. Тому ми знову повертаємося до наболілих тем.

Пропонуємо вашій увазі думки експертів, які висловлюють своє бачення вирішення згаданих проблем, і головне — мають конструктивні пропозиції, які у разі їх сприйняття державними інституціями допомо-

гли б докорінно змінити ситуацію. Також на сторінках нашого журналу ви ознайомитеся з деякими практичними аспектами лікування коронавірусної хвороби.

Увесь світ набуває досвіду в цих питаннях, вітчизняні фахівці також поділяться своїми напрацюваннями і спостереженнями. Сподіваємося на те, що наші публікації викличуть у вас інтерес і жваве обговорення. Запрошуємо до спілкування, дискусій і обміну думками щодо того, що сьогодні хвилює медичну й наукову спільноту. Ваша думка є цінною для нас.

*З повагою
Головний редактор журналу
академік НАН ВО України, професор
Олег Шекера ■*

ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У БОРОТБІ З КОРОНАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

«ВАЖКО БУТИ БОГОМ»: ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ ВИКЛИКИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Міністр охорони здоров'я України заявив, що у разі 20 тисяч нових випадків захворювання на COVID-19 щодня ресурси галузі будуть вичерпані, й доведеться запроваджувати протокол медичного сортування. Чи готова до тріажу система охорони здоров'я і лікарі? Чи на них знову ляже весь тягар відповідальності — моральної, а можливо, і юридичної?

Чому юристи не вважають тріаж «рутинною процедурою»

Радмила ГРЕВЦОВА, адвокат, кандидат юридичних наук, доцент, директор Навчально-наукового центру медичного права Інституту права Київського національного університету імені Тараса Шевченка, керівник Українського відділення міжнародної мережі відділень Кафедри ЮНЕСКО з біоетики (м. Хайфа), член Ради Директорів Всесвітньої асоціації з медичного права

Авторів цього матеріалу доводилося чути від деяких представників медичного співтовариства, що медичне сортування — це рутинна процедура. Так само як і про те, як у коридорах лікарень плакали італійські лікарі, коли вони мусили робити «тріажний» вибір.

З точки зору права, медичне сортування є **крайнім, вимушеним заходом**, його процедура є **винятковою**, а будь-які тріажні критерії — вельми **проблемними**. Чому так? Насамперед це пов'язано із складністю забезпечити відповідність таких критеріїв вимогам національних конституцій і міжнародних договорів.

Так, стаття 27 Конституції України та стаття 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі — Конвенція), яка є частиною законодавства України, гарантують кожній людині право на життя і вимагають від держави виконання обов'язку щодо захисту цього права.

У *Рекомендаціях Ради Європи для урядів по дотриманню прав людини, демократії і верховенства права* підкреслюється: «Право на життя та заборона катувань та нелюдського чи принизливого поводження чи покарання належать до основних прав Конвенції, оскільки вони не можуть бути предметом будь-якої деградації (обмеження), навіть під час таких надзвичайних ситуацій, як COVID-19» [1].

Проте у ситуаціях охороноздоровчої катастрофи, з якою вже стикалися зарубіжні країни протягом «першої хвилі» COVID-19, лікарям доводиться вирішувати, чиє життя рятувати першим. А інколи — рятувати його за рахунок тих, у кого менше шансів отримати користь від лікування.

Особливо складним це ставало тоді, коли пацієнтів «з меншими шансами» доводилося відключати від жит-

тезабезпечувальної апаратури для того, щоби врятувати хворих з кращим прогнозом.

Хочеться вірити, що ця чаша оміне українських лікарів і пацієнтів. Та сподіваючись на краще, слід бути готовим до гіршого. Давайте розглянемо, як оцінюватимуться такі дії з точки зору вітчизняного законодавства.

Законодавчий ландшафт не розрахований на сортування інфекційних хворих

Нормативно-правові акти і нормативно-технологічні документи, які стосуються медичного сортування, **не розраховані на допомогу хворим з інфекційними захворюваннями або ж не враховують певних ситуацій в умовах катастрофічної нестачі ресурсів**, яка може трапитися під час пандемії.

Це вбачається вже з визначення поняття «медичне сортування», яке міститься у «Загальних вимогах щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих на догоспітальному етапі та в приймальних відділеннях (відділеннях невідкладної медичної допомоги) закладів охорони здоров'я, у тому числі при госпіталізації постраждалих унаслідок надзвичайної ситуації під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу» (далі — Загальні вимоги). У них вказано:

«Медичне сортування — це розподіл постраждалих і хворих на категорії з ознаками потреби в однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань, обсягів наданої медичної допомоги на кожному етапі медичної евакуації та порядку евакуації».

Прийняті «під Євро-2012», Загальні вимоги не в змозі врегулювати питання, що виникають під час надання медичної допомоги пацієнтам, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, зокрема у відділеннях інтенсивної терапії.

Окрім них, медичне сортування регламентується *Адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах, «Медичне сортування»* (далі — Адаптована настанова), яка рекомендована наказом МОЗ України від 15.01. 2014 р. № 34. Вона теж акцентує увагу насамперед на «постраждалих, які отримали тілесні ушкодження».

Найскладніше — обирати «поміж ривних»

У розділі VI Адаптованої настанови зазначається, що при проведенні медичного сортування постраждалі розподіляються на чотири сортувальні категорії за ознаками здоров'я та потребою в однорідних лікувальних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань. Для візуалізації сортувальних категорій постраждалих або хворих застосовуються відповідні кольорові позначення: I (червоний), коли життя особи під загрозою і її госпіталізація здійснюється у першу чергу; II (жовтий), коли особа є тяжко пораненою або хворою і підлягає госпіталізації у другу чергу; III (зелений) позначає легко поранену або хвору особу,

допомога якій надається у третю чергу з подальшим (амбулаторним) лікуванням; і IV (чорний), коли пошкодження особи несумісні з життям, і їй надається паліативна допомога.

Найбільша складність виникатиме, якщо доведеться робити вибір між хворими в межах однієї сортувальної категорії.

Що прописано в стандартах?

Слід звернути увагу і на Стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджені наказом МОЗ України від 28.03.2020 № 722 (у редакції наказу МОЗ України від 17.09.2020 № 2122). Стандартом 2, зокрема, передбачено, що пацієнтів із *легкою та середньої тяжкості формами захворювання*, які не мають показань до госпіталізації, рекомендовано лікувати в *амбулаторних умовах*. Відповідно до Стандарту 3 *стаціонарне лікування* показано пацієнтам із *тяжким перебігом COVID-19*, а також із перебігом захворювання *середньої тяжкості, якщо такі пацієнти мають тяжку супутню патологію* (тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність) у стадії декомпенсації (п. 1).

Утім, згадані вище приписи розраховані на випадки, коли заклади охорони здоров'я мають достатньо можливостей госпіталізувати усіх пацієнтів, яким, виходячи з їхнього стану, показано стаціонарне лікування. А якщо події розвиватимуться за найгіршим сценарієм – переповнені лікарні, брак життєзабезпечувальної апаратури, нестача медичного персоналу? Що робити тоді? Як вирішити, кого саме з пацієнтів *в однаковому стані* госпіталізувати? Як обирати з-поміж осіб, які належать до *однієї сортувальної категорії*? Наразі законодавство не надає прийнятної відповіді на це запитання.

Черга на порятунок буде і в стаціонарах

Не набагато краща ситуація і щодо *вже госпіталізованих* пацієнтів. Пункт 2 Стандарту 3 «Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19» передбачає, що при надходженні пацієнта до закладу охорони здоров'я здійснюється медичне сортування, а саме:

1. раннє розпізнавання хворих на тяжкий гострий респіраторний синдром, пов'язане з COVID-19;
2. оцінюється тяжкість захворювання;
3. за необхідності починаються заходи медичної допомоги згідно з Протоколом «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Однак вказаний стандарт не містить положень, які слугували б підставою для прийняття лікарями надскладних рішень щодо черговості надання медичної допомоги у відділеннях інтенсивної терапії, за умов катастрофічної нестачі життєзабезпечувальної апаратури, кисню та кадрових ресурсів.

Як діяти медичним працівникам у таких ситуаціях? Кому і з яких міркувань надавати перевагу, бажаючи допомогти усім, але не маючи такої можливості? Як пережити необхідність цього вибору психологічно?

Етичні виклики постануть не лише перед медиками

В Адаптованій настанові зазначається, що медичне сортування є «комплексним, складним і вимушеним процесом», а особи, які його здійснюють, «окрім організаційних і клінічних проблем, стикаються з не менш важливою проблемою – проблемою професійної етики». Починаючи з лютого 2020 року, з етичними викликами зіткнулися медики, а також управлінці, юристи та біоетики у багатьох країнах світу.

У деяких країнах (наприклад, у США) певні рекомендації напрацювали раніше, зокрема після спалахів респіраторного синдрому SARS (2003) та пандемічного грипу H1N1 (2009). В інших країнах (до прикладу, в Італії) рекомендації розроблялися вже під час першого акту коронавірусної драми. Широку дискусію у професійних колах викликали *Клінічні етичні рекомендації щодо розподілу ресурсів інтенсивної терапії у виняткових обставинах за умов обмеженості ресурсів* (Vergano M, et al, 2020) [2].

Рятує першого чи з користю для більшості?

Загалом у світі сформувалося два основних підходи до тріажу: «**Максимальна користь для якомога більшої кількості людей**» та «**First come, first served**» («**Хто перший надійшов, тому першому надається медична допомога**»). При цьому, з огляду на етичні та правові міркування, зазначені підходи нечасто застосовуються «у чистому вигляді». Так, перший підхід може мати ознаки дискримінації за віком та/або іншими ознаками (наприклад, наявність тяжкої супутньої патології, яка погіршує прогноз одужання від COVID-19). З іншого боку, механічне застосування підходу «First come, first served» позбавить багатьох людей, які з тих чи інших причин мають утруднений доступ до послуг охорони здоров'я (наприклад, мешкають у віддаленій місцевості), можливості отримати своєчасне і кваліфіковане лікування від COVID-19, зокрема шансу на порятунок життя. Тому жоден з підходів сам по собі не можна вважати достатньо прийнятним.

У надзвичайних умовах пандемії COVID-19, коли ресурсів охорони здоров'я катастрофічно не вистачає, зарубіжні фахівці окреслюють основні етичні цінності, які можуть бути покладені в основу рішень щодо пріоритизації надання допомоги пацієнтам у критичному стані в умовах інтенсивної терапії, а саме віддання переваги тим, хто:

- має найбільше шансів пережити цю хворобу;
- найімовірніше, проживе довше після одужання (з урахуванням коморбідних станів);
- прожив менше етапів життя;
- має чітко визначену соціальну корисність для інших під час пандемії;
- є найслабшим (найтяжчим хворим та наймолодшим);
- хто перший надійшов, тому першому надається медична допомога;
- лотерея (Robert et al, 2020) [3].

Деякі з цих положень потребують осмислення і ширшого обговорення. Йдеться, наприклад, про від-

дання переваги особам, які є медичними працівниками, оскільки їхня праця є вирішальною для збільшення кількості врятованих життів. Водночас зарубіжні юристи відзначають, що така пріоритизація може призвести до зневаги до встановлених правил на користь друзів і колег та спричинити втрату суспільної довіри до медичної професії (Sokol D, Gray B, 2020) [4].

Хто програє в лотереї?

З-поміж запропонованих ціннісних орієнтирів до вельми неоднозначних належать й інші (наприклад, лотерея). Критерії, пов'язані з прогнозами щодо одужання та кількістю років життя попереду, теж є проблемними з точки зору достовірності таких прогнозів, а також дискримінації осіб з гіршими прогнозними показниками, які за інших умов могли би бути врятовані. Як свідчить досвід зарубіжних країн, що вже пройшли через «коронавірусне пекло», найчастіше дискримінації зазнавали люди похилого віку. Водночас, як наголошують правозахисники, вік сам по собі ніколи не повинен бути єдиним визначальним критерієм для медичного тріажу (Georgantzi N, 2020) [5].

Найбільш прийнятним видається комбінація критерію пріоритизації найбільш уразливих і найслабших з іншими орієнтирами. Разом з тим, слід чітко усвідомлювати: **які б критерії не були покладені в основу пріоритизації, з етичної точки зору й прав людини вони залишаться дискусійними.**

Чи є імунітет проти кримінальної відповідальності за «тріажні рішення»

Стаття 52 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі пацієнту, який знаходиться в невідкладному стані. Активні заходи щодо підтримання життя пацієнта припиняються, якщо його стан визнається як незворотна смерть. Як бачимо, передчасне відключення одних пацієнтів для допомоги іншим не узгоджується з вимогами статті 52 Основ.

Та якщо неможливо допомогти усім, можливо, слід спробувати врятувати тих, у кого більше шансів? Чи ж мають лікарі нести моральну і юридичну відповідальність за такі дії?

Відповідь на ці запитання спробувала дати Всесвітня медична асоціація у *Положенні про медичну етику в умовах надзвичайних ситуацій, прийнятому 46-ю Генеральною асамблеєю 1 вересня 1994 року в м. Стокгольм (Швеція)* (додаток 3 до Адаптованої настанови). У ньому, зокрема, зазначається, що «...для лікаря є етичним не продовжувати лікування за будь-яку ціну осіб «поза межами невідкладної допомоги», таким чином розтрачуючи без користі дефіцитні ресурси, необхідні в іншому місці. Рішення не лікувати постраждалу особу, якщо воно виходить з пріоритетів, продиктованих надзвичайною ситуацією, не може розглядатися як відмова у наданні медичної допомоги особі, яка перебуває в смертельній небезпеці. Це рішення виправдане, якщо воно спрямоване на порятунок максимальної кількості осіб».

Для цього є підстави і в українському законодавстві. Йдеться, зокрема, про інститут крайньої необхіднос-

ті, передбачений статтею 39 Кримінального кодексу України. Під *крайньою необхідністю* розуміється правомірне заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам з метою усунення небезпеки, що загрожує особі, її правам або правам інших осіб, а також суспільним інтересам чи інтересам держави, якщо цю небезпеку в даній обстановці не можна було усунути іншими засобами і якщо заподіяна шкода є рівнозначною або менш значною, ніж відвернена шкода. Заподіяння шкоди у стані крайньої необхідності виключає злочинність діяння, а відтак і кримінальну відповідальність лікаря. Водночас у разі виникнення питання про кримінальну відповідальність лікаря у зв'язку з «тріажними» рішеннями, необхідно буде довести, що лікар діяв у стані крайньої необхідності. На відміну від низки зарубіжних країн (наприклад, певних штатів США), де запроваджено імунітет лікарів та медичних закладів від кримінальної та цивільно-правової відповідальності у зв'язку з лікуванням пацієнтів від коронавірусної хвороби (Kitzman R., 2020) [6], в Україні такого імунітету не передбачено. Тож лікарі, які роблять все можливе для порятунку життів, ризикуючи своїм життям і здоров'ям, можуть опинитися в ситуації «за моє жито ще мене і бито». Як цьому запобігти?

Що робити?

Насамперед необхідно визначитися із ціннісним підґрунтям та критеріями, за якими має здійснюватися тріаж у разі, якщо епідемічна ситуація вийде з-під контролю.

Виникає запитання: у вигляді якого документу це варто зробити? Якою має бути його юридична сила?

Є підстави вважати, що оптимальним варіантом були б **рекомендації**, які слугуватимуть орієнтиром (і певним захистом!) при прийнятті «тріажних» рішень, але водночас надаватимуть можливість урахувувати все багатоманіття організаційних, клінічних та етичних ситуацій, не вкладаючи лікарів у прокрустове ложе клінічного протоколу.

В ідеалі такі рекомендації мають бути прийняті органом лікарського самоврядування, але за відсутності останнього в Україні можливе їх затвердження Міністерством охорони здоров'я. Корисними також будуть рекомендації профільних лікарських асоціацій.

За результатами обговорення проєкту рекомендацій у професійних колах, важливо донести їх суть до широкої громадськості. Адже помилкове сприйняття населенням концепту тріажу здатне значно ускладнити надання медичної допомоги в умовах кризової ситуації, спричиненої пандемією COVID-19.

Утім, найважливішим рішенням буде невідкладне створення організаційних, фінансових, технічних і кадрових умов для надання медичної допомоги усім хворим, стан яких становить загрозу для їх життя і здоров'я, не вдаючись до процедури медичного сортування. І тут основна відповідальність лежить на органах державної влади і місцевого самоврядування.

І якщо лікарям та медсестрам все ж таки доведеться опинитися перед складним вибором, коли в них не

буде навіть часу на розмірковування, на той час їм потрібно надати готові приписи і процедури, які будуть сприйняті медиками, і суспільством.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЯК СПІВПРАЦЮВАТИМУТЬ «ШВИДКА», СТАЦІОНАРИ Й ПЕРВИНКА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ – НОВІ ПРОПОЗИЦІЇ

Готовність до реагування на інфекційні захворювання та епідемії в Україні виявилася майже нульовою. Нині ситуація змінюється, але «витягують» її на собі окремі заклади й служби. Як зробити їх роботу більш злагодженою, а послуги — якісними? І чи потрібне для цього оновлення пакетів?

Первинну ланку перевірятимуть на якість

ВЗ Найбільше сімейних лікарів цікавить питання підвищення капітаційної ставки. Чи варто на це сподіватися?

Світлана ДУДНИК, координатор роботи експертних груп, кандидат медичних наук

— Так, на наступний рік ми плануємо її підвищення до 710 грн, якщо на програму медичних гарантій буде спрямовано 5% ВВП. А уже цього року Уряд підтримав рішення підвищити капітаційну ставку за обслуговування одного пацієнта на первинці до 650 грн.

ВЗ Не менш болюче питання — моніторинг якості роботи первинки. Чи буде він обов'язковим і за якими критеріями?

— Індикатори поки що розробляються, до цього процесу залучені як національні, так і міжнародні експерти, зокрема, фахівці ВООЗ. Також ми пропонуємо доплачувати закладам первинки до 5% від суми договору за досягнення певних рівнів та індикаторів якості. Однак обсяг цих доплат знову ж таки залежить від суми коштів, які будуть передбачені за Програмою медичних гарантій. Тож на разі питання щодо обов'язкового запровадження індикаторів якості та їх точного переліку не вирішено.

Чи каратимуть за «недовакцинацію»?

ВЗ Що робити сімейному лікарю з відмовниками вакцинації, якщо цей показник стане критерієм оцінки його роботи?

— На засіданні робочої групи ця проблема обговорювалася. Експерти пропонували своє бачення її вирішення. Зокрема, висловлювали думки щодо необхідності внесення такого критерію в ЕСОЗ (так звана вакцинальна форма), можливості «позначати» в ній відмовників від щеплень, які керуються релігійними чи іншими переконаннями, а також розірвання декларації з пацієнтами, які ігнорують згадані вимоги. Але поки що жодних рішень в цьому плані не прийнято. НСЗУ ж працює виважено, в чинному законодавчому полі.

Сімейний лікар потрібен всім?

ВЗ Які нові пакети напрацьовуються для первинної медичної допомоги?

— Існує кілька пакетів послуг, у наданні яких лікарі загальної практики — сімейні лікарі братимуть безпосе-

редню участь. Це супровід та лікування на первинному рівні дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, а також мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям. Центри ПМСД можуть долучатися до надання замісної підтримувальної терапії особам з опіоїдною залежністю, але тут обов'язково потрібен лікар нарколог або лікар будь-якої іншої кваліфікації, який пройшов відповідний курс тематичного удосконалення. Це дуже актуальні напрями, які потребують посиленої уваги, в тому числі й первинної ланки. Зокрема, на неї покладено динамічне спостереження за станом пацієнтів з туберкульозом на амбулаторному етапі, визначення моделі такого лікування на підставі рекомендацій лікаря фтизіатра та фахівців інших спеціальностей, контроль за вживанням протитуберкульозних препаратів, постійна координація роботи сімейного та лікуючого лікаря із залученням інших фахівців для діагностики та лікування супутніх захворювань у цієї категорії пацієнтів. Тому допускається використання засобів телекомунікації між ними.

ВЗ Чи спроститься процедура призначення знеболювальних засобів для паліативних хворих на первинці?

— Ця процедура не регулюється НСЗУ. Її спрощення може відбутися тільки на законодавчому рівні. Можу лише окреслити спектр послуг паліативної допомоги, який має бути наданий на первинці: регулярна оцінка стану пацієнта, визначення його потреб, оцінка ступеню болю та лікування больового синдрому, призначення наркотичних засобів і психотропних речовин, оформлення відповідних рецептів, лікування супутніх захворювань.

Телеконсультації поки що розкіш

ВЗ Як стимулювати поширення телемедицини на первинці?

— В умовах надання послуг ПМД вказано можливість використання засобів телекомунікації та телемедицини за рішенням лікаря. НСЗУ вносить до умов закупівлі послуг пункт щодо можливості використовувати такі засоби при безпосередньому наданні допомоги пацієнтам. Зрештою, у кожному пакеті прописано вимогу щодо наступності взаємодії між закладами, здійснення консультування, в тому числі й шляхом використання телемедицини. Слід визнати, що не всі заклади первинки мають для цього технічні можливості, а дехто просто не поспішає долучатися до нових технологій, пояснюючи це неможливістю придбання відповідного обладнання. Тому НСЗУ поки що не наполягає на обов'язковому запровадженні телемедицини. Однак це питання часу і нові технології мають бути доступними на первинці.

Сімейний лікар опанує нові дослідження

ВЗ Які лабораторні послуги будуть доступними на первинці, чи розшириться їх спектр і чи не доведеться доплачувати за інші дослідження пацієнтам, яких спрямують на вищі рівні?

— На наступний рік ми запропонували додати до існуючого переліку скринінгові дослідження — на приховану кров, а також тест на простатспецифічний

антиген. Але поки що експерти не погодили ці пропозиції. Обговорення триває.

Щодо направлення пацієнтів до інших закладів охорони здоров'я для проведення необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, то сімейний лікар не просто може, а й зобов'язаний це зробити, оскільки така вимога прописана в рамках пакету первинної медичної допомоги. Пацієнт отримає відповідні послуги безоплатно.

ВЗ Які нові інструментальні дослідження проводитимуть на первинному рівні? Бо деякі керівники вже збираються закуповувати обладнання для УЗД.

— Експерти досягли домовленості щодо розширення існуючого переліку — буде додано вимірювання гостроти зору та офтальмоскопію. Щодо ультразвукового дослідження, воно не включене до пакета ПМД, тож НСЗУ його не оплачуватиме на цьому рівні.

Чи змінить первинку COVID-19

ВЗ Що зміниться в роботі первинної ланки у зв'язку з COVID-19?

— Обсяг її роботи в цьому напрямку визначається окремим пакетом і нормативно-правовими актами, стандартами щодо реагування галузі на надзвичайні ситуації. А нормативно-правова база динамічно змінюється залежно від ситуації та набутого досвіду у цих питаннях. На разі в рамках пакету ПМД передбачено безпосереднє надання медичної допомоги хворим на COVID-19 та пацієнтам з підозрою. А також взаємодія первинки з мобільними бригадами реагування COVID-19 або ЕМД. Нещодавно Уряд вніс зміни до постанови КМУ №65, якими передбачено, що відбір зразків та лікування пацієнтів з COVID-19 або підозрою на це захворювання під час самостійного звернення пацієнта до лікаря первинки здійснюється незалежно від наявності декларації про вибір лікаря.

ВЗ Чи буде вдосконалений алгоритм нагляду за хворими та контактними особами на рівні сімейної медицини, бо нинішнім пацієнти не задоволені?

— Принципових змін поки не буде, але якщо чітко та якісно виконувати те, що покладено на первинну ланку сьогодні (а також усунути фактор недотримання рекомендацій і призначень лікаря з боку пацієнтів), то це достатній обсяг надання медичної допомоги первинного рівня.

ВЗ Пацієнти хочуть укладати декларації онлайн через епідемію і в такий же спосіб змінювати сімейного лікаря. Це можливо?

— Поки що все залишається як є. Але можливі варіанти обговорюватимуться. Наступного року має запрацювати кабінет пацієнта в електронній системі охорони здоров'я. І там така можливість (укладати декларацію онлайн) буде передбачена.

«Швидка» госпіталізуватиме за принципом екстериторіальності

ВЗ Сьогодні на екстрену медичну допомогу лягає особливе навантаження. Чи буде це відображено у відповідному пакеті?

— Ми напрацювали проміжний варіант пакету, в якому конкретизовано деякі пункти. Наприклад, щодо

права на отримання цього виду допомоги для іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають або постійно проживають на території України, біженців тощо. Також детальніше прописана взаємодія ЕМД з первинною ланкою. Наприклад, якщо пацієнт із ймовірним інфікуванням COVID-19 не потребує госпіталізації, «швидка» має не лише надати йому необхідну медичну допомогу та рекомендації щодо самоізоляції, а й передати інформацію його сімейному лікарю або центру ПМСД. Також важливе уточнення щодо дотримання принципу екстериторіальності роботи служби ЕМД, в тому числі й при госпіталізації пацієнтів. Для визначення закладу, до якого має бути транспортований пацієнт, бригада «швидкої» має врахувати наявність необхідних фахівців, медичного обладнання і час транспортування (відповідно до галузевих стандартів і клінічних маршрутів). Таких важливих уточнень, які мають на меті поліпшити якість надання допомоги пацієнтам, чимало.

Звичайні й «ковідні» пакети ЕМД об'єднують

ВЗ Як зміниться принцип оплати бригад ЕМД?

— Ми плануємо оплату за глобальною ставкою, але пропонуємо збільшити тариф. Також обговорюється пропозиція щодо об'єднання «звичайних» та «ковідних» пакетів для екстренки, щоб заклади могли забезпечити готовність надання медичної допомоги у будь-якій ситуації, за різних варіантів розвитку подій. Розмір тарифу залежить від виділених коштів на ПМГ, однак варто зазначити, що вже у 2020 році видатки на екстрену медичну допомогу із центрального бюджету (без врахування додаткових ковід-доплат) збільшились майже удвічі порівняно з 2019 роком.

Інфекційний контроль посилиться

ВЗ Чи оновиться пакет надання стаціонарної допомоги без хірургічних втручань?

— Поки що цей пакет обговорюється в плані переліку лабораторних та інструментальних досліджень. Однак точно можемо сказати, що з огляду на епідемію від закладів охорони здоров'я вимагатимемо забезпечення системи інфекційного контролю з обов'язково відпрацьованим сценарієм щодо впровадження протиепідемічних режимів та його суворого дотримання.

Яке обладнання купувати і де взяти фахівців?

ВЗ Керівники закладів очікують, що їх зобов'язують закуповувати КТ, адже сьогодні особлива потреба в такому обладнанні.

— Ми це розуміємо, однак враховуючи матеріально-технічну базу більшості закладів, прописуємо у вимогах до них проведення дослідження КТ, МРТ, не зобов'язуючи закуповувати відповідне обладнання всіх без винятку — такі дослідження можна проводити й на умовах підряду.

ВЗ А що робити, коли для підписання договору з НСЗУ не вистачає спеціалістів, які «в дефіциті» по всій державі?

— У пакетах ми прописуємо обґрунтовану мінімальну кількість спеціалістів кожного профілю, які повинні мати заклади для надання медичної допомоги. При цьому орієнтуємось переважно на можливості

вторинного, а не третинного рівня, щоб громадяни не залишилися без медичної допомоги. Водночас ми не можемо допустити невідповідності граничній кількості фахівців, інакше не зможемо гарантувати якість та безпеку лікування. Тому потрібно врегулювати кадрову політику в галузі в цілому.

Завжди готові?

ВЗ Що передбачає пакет готовності до реагування на інфекційні захворювання та епідемії, які заклади зможуть законтрактуватися на нього і як обраховуватиметься відповідний тариф?

— Передусім це забезпечення первинного огляду пацієнта з визначенням його маршрутизації, проведення тестування методом ПЛР та інших лабораторних досліджень відповідно до галузевих стандартів. А також інструментальних досліджень, зокрема рентгенографії (КТ не прописуємо як обов'язкове), надання кисневої підтримки, інтенсивної терапії та підключення пацієнтів до апаратів ШВЛ та ЕКМА, забезпечення моніторингу розвитку ускладнень тощо. Законтрактуватися на цей пакет зможуть опорні лікарні (їх перелік встановлює МОЗ). У вартість пакету входять у тому числі й видатки на оплату праці фахівців. Також зараз обговорюється можливість включення видатків на засоби індивідуального захисту в пакеті медичних послуг. А оплата самого лікування відбуватиметься за методом діагностично-споріднених груп в рамках терапевтичного пакета.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

У МЕДИКІВ ШВИДКОЇ ВИМАГАЮТЬ ПОВЕРНЕННЯ «КОВІДНИХ» ДОПЛАТ

Усі пам'ятають, як з початку пандемії на найвищому рівні вимагали пришвидшити виплату доплат медикам, які працюють з COVID-19. Лунали докори передусім на адресу керівників закладів, мовляв, затримку — через їх зволікання. Нині ж декого з них звинувачують у неправомірності таких доплат і вимагають повернути виплачені кошти. Хто у черзі штрафників?

Хотіли як краще, вийшло як завжди

Олександр ЯРОШЕНКО, в. о. генерального директора КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР»

Перші місяці поширення епідемії супроводжувалися нерозумінням того, як саме нараховувати «ковідні» доплати медпрацівникам. Норми, які діяли до 1 квітня 2020 року, передбачали лише оплату пропорційно відпрацьованому часу, затвердження нових затримувалося, ризикувати керівники не хотіли. Нарешті з'явилися ковід-пакети від НСЗУ, які, здавалося, розв'язали усі руки. Але «щедрість» керівників раптом почала виходити їм боком.

— Ми не зволікали з виплатами, лише чекали, доки до нас надійдуть кошти за згаданими пакетами. Розподілили їх відповідно до Постанови КМУ №246. У назві цього документу дійсно йдеться про доплати працівникам, які «безпосередньо зайняті» в ліквідації епідемії

COVID-19. Але в тексті постанови чітко прописано, що такі доплати належить виплачувати «медичним та іншим працівникам центрів ЕМД та МК, які задіяні до реагування на випадки коронавірусної хвороби». У наказі по закладу я визначив, що всі бригади ЕМД, які працюють на території нашої області, є такими, що «задіяні до реагування». По-перше, на той час у нас ще не було створено окремих «ковідних» бригад. На разі їх також немає в районах, де взагалі працює по одній бригаді «швидкої». А якщо десь є дві, то на випадок, коли одна з них пішла на самоізоляцію, доводить працювати іншій. Ми ж не можемо відправляти машини з обласного центру по всій території області! Тим більше неможливо достеменно з'ясувати, на який виклик виїздила бригада. Якщо вона госпіталізує хворого, про його підтверджений діагноз можна дізнатися хоча б із запізненням. А якщо пацієнт залишився вдома, він не зобов'язаний нам повідомляти про свій діагноз. До того ж багато з них взагалі не роблять тести. Як ці нюанси врахувати при оплаті праці медиків? Тому ми й платили за COVID-19 всім бригадам без винятку: тим, хто виїздив на випадки з підтвердженням діагнозом — по 300%, тим, хто працював в режимі готовності — по 100%. Таким було рішення тарифікаційної комісії закладу, погоджене з профспілковим комітетом та медичною радою. І воно було цілком виправданим з точки зору забезпечення повноцінної роботи підприємства й надання необхідного обсягу медичної допомоги населенню регіону, бо під час першого шоку від епідемії медичні працівники звільнялися з роботи, тож потрібно було їх хоч якось стимулювати. Тим більше, що ми не порушили вимог постанови Уряду.

Раптом приїхав ревізор...

Але представники Держаудитслужби, які перевірили правомірність здійснення «ковідних» доплат, трактують цей документ інакше. Вони звинувачують наш заклад у неправомірній виплаті доплат працівникам, які працювали у режимі постійної готовності до надання допомоги при COVID-19 (їм ми виплатили приблизно 2 млн 300 тис грн), стверджуючи, що ця сума витрачена не за призначенням, чим завдано шкоди нашому підприємству. І вимагають відшкодування. По-перше, незрозуміло, звідки таке трактування норм постанови. По-друге, коли нам анонсували плюси реформи, одним з них називали те, що КНП стає господарем і розпорядником самостійно зароблених коштів. По-третє, якої шкоди було завдано підприємству, якщо працівників простимульовано, всі зобов'язання виконано, є ліки, транспорт, кадри? До того ж у внутрішньому наказі закладу не було передбачено доплат, скажімо, для працівників економічної служби. А як було відмовити у доплатах, наприклад, молодшому медичному персоналу, який безпосередньо не обслуговує виклики, але має машини після виїздів бригад? Вони що, не контактують там з інфекцією? Чи ми виплатили доплати медикам, обділивши при цьому пацієнтів у наданні медичної допомоги? Ми все враховуємо. Наприклад, зараз, коли кількість викликів збільшилася, нам дійсно не вистачає коштів на 300% доплат навіть тим,

хто працює безпосередньо з COVID-19. Тому прийняли колективне рішення зменшити їх до 250%, і медики поставилися до цього з розумінням. Однак комісія, яка здійснювала перевірку, не сприймає такі аргументи. Тож ми позиваємося до суду. І не тільки ми. Бо країною прокотилася хвиля подібних перевірок, багато керівників і самі центри ЕМД опинилися у становищі «злісних порушників». Як то кажуть, за твоє жито тебе ще й побито. Чому ми не можемо вільно розпоряджатися власними коштами, якщо це дозволяє закон? НСЗУ також стверджує, що всі питання по зарплаті сьогодні в компетенції керівника закладу. Тож крапку у цьому непорозумінні має поставити суд. До того ж я не маю права забрати виплачені доплати у медпрацівників, та й не збираюся цього робити. Обласна рада також нас підтримує. Колектив працює на межі можливого, двох працівників (фельдшера і старшого лікаря, які, до речі, не були у складі «ковід-бригад») ми вже втратили через цю хворобу. Якщо забрати доплати у медиків, як дивитися їм у вічі? І хто тоді піде працювати в саме пекло за копійки? Це не емоції — це реалії, які начебто були враховані при напрацюванні умов для здійснення доплат. Невже дамо «задній хід»? Тоді це підірве довіру медиків до держави назавжди.

Такого не очікував ніхто

Володимир ЄЛЕНЄВ, директор ОКНП «Чернівецький обласний центр ЕМД та МК»

— Наша область першою почала боротьбу з COVID-19. У нас був зареєстрований перший пацієнт з таким діагнозом, потім їх стало дуже багато. Тож ми отримали від НСЗУ достатньо коштів, яких вистачило на доплати. Створили тарифікаційну комісію, яка прийняла рішення про здійснення 300% доплат всім працівникам центру. Ми зв'язалися з НСЗУ, і там підтвердили: після обов'язкової виплати 300% доплат бригадам, які мали контакт з підтвердженими випадками COVID-19, залишок коштів може бути спрямований на інші стимулюючі виплати медичним та іншим працівникам. Зараз ситуація ще складніша — наш центр обслуговує близько 250 викликів на добу, щонайменше 50 з них — до «ковідних» хворих. Хоча достеменно підтвердити контакт з усіма такими пацієнтами нереально — потрібно давати запити до лабораторних центрів, які й без того перевантажені роботою й не мають права розголошувати інформацію про пацієнтів. До того ж у 30% випадків ПЛР-тест є негативним навіть за наявності симптомів хвороби. Тож бригад, які не потрапляють на випадок COVID-19, у нас взагалі немає. Ми намагалися вберегти від цього хоча б кардіологічні та інсультні бригади, але нічого з того не вийшло — у хворих на коронавірус також трапляються інсульти й інфаркти. Ризикують усі наші медики. І лише завдяки доплатам вдається утримувати персонал, за весь час епідемії звільнилося лише 4 працівники. Чи ж знають перевіряючі «внутрішню кухню» роботи підприємства? Наприклад, коли звинувачують нас у тому, що доплати отримали диспетчери. Але ж всі вони — медпрацівники, і більше ніж половина з них працюють ще й безпосередньо в складі бригад на

виїзді, а після такого чергування знову повертаються в диспетчерську. Ми стимулювали працівників за рахунок грошей, які самі заробили. І НСЗУ як головний розпорядник коштів не має претензій щодо того, як ми ними розпорядилися, чи, можливо, не забезпечили спектр наданих послуг населенню. Але аудитори вимагають повернути понад 15 млн грн, які ми виплатили «не тим» працівникам і начебто завдали шкоди підприємству. Незрозуміло, кому і якої? Працівникам підприємства, котрі отримали доплати? І якщо гіпотетично ці кошти можна було б повернути центру — виходить, що ми знову не зможемо ними розпорядитися по-своєму? Оце автономність! Тому ми подали до суду, щоб визнати акт такої перевірки незаконним. Аудитори визначили неправомірними навіть виплати працівниці центру, яка померла від ускладнень COVID-19, хоча офіційно підтверджено факт її інфікування на робочому місці і їй належить відповідна компенсація. Це особливий цинізм — пропонувати відібрати доплати у медиків, які працюють у нинішніх умовах. До того ж якщо це допустити, всі керівники боятимуться надалі стимулювати працівників в очікуванні чергового покарання за виконання обіцянок держави.

На чиєму боці закон?

Андрій ОЛІЙНИК, старший викладач кафедри громадського здоров'я ЛНМУ ім. Данила Галицького, завідувач відділу правової роботи Львівської обласної організації Профспілки охорони здоров'я України

— Одразу слід наголосити, що окремого порядку виплати «ковідних» доплат працівникам закладів охорони здоров'я, в тому числі й ЕМД, на сьогодні не існує. Саме право на доплату, її максимальний розмір, джерела фінансування видатків тощо передбачені нормативно-правовими актами, але конкретний порядок її встановлення та виплати є прерогативою самих закладів охорони здоров'я. Тим більш, що вони стали підприємствами, отож отримали автономію, у тому числі й щодо визначення питань оплати праці згідно з трудовим законодавством.

Тому у різних центрах ЕМД та МК по-різному можуть організовувати трудовий процес надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 (через особливості формування спеціальних бригад, покриття території області, складності чіткого виокремлення «ковідних» пацієнтів та викликів тощо), і виплачувати відповідні доплати працівникам.

Безумовно, це потрібно робити в межах і з дотримання вимог, передбачених законодавством. Власне, останнє і може бути предметом перевірки контролюючих органів.

Що не заборонено законом — те дозволено?

У зв'язку з цим важливо звернути увагу на наявність трьох рівнів правового регулювання «ковідних» доплат: нормативно-правовий (постанови Уряду, інші акти), договірний (умови, встановлені НСЗУ) та локальний (документи підприємства). Тут діє правило: все, що не визначено законодавством, вирішується самостійно підприємством.

Ключовим нормативно-правовим актом є постанова КМУ від 23.03.2020 р. № 246, якою встановлено «ковідну» додаткову доплату, зокрема, й медичним та іншим працівникам екстренки, які «здіяні до реагування на випадки коронавірусної хвороби» (у центрах ЕМД, що уклали договір з НСЗУ за відповідним «ковідним» пакетом). Ця постанова дуже загально визначає категорію працівників, котрі мають право на такі доплати — у ній визначено, що конкретний перелік таких посад затверджується керівником закладу. На відміну від доплат згідно постанови КМУ №610 від 19.06.2020р., що виплачуються у фіксованому розмірі в період з вересня по грудень 2020 року за чіткою визначеним переліком посад, законодавство не встановило такого для додаткових доплат в розмірі до 300% заробітної плати. Останні здійснюються за рахунок коштів, отриманих медичними закладами від НСЗУ — в рамках договору за відповідним «ковідним» пакетом. Крім того, такі доплати можуть фінансуватися додатково і з місцевих бюджетів.

До речі, постановою КМУ від 24. 04. 2020 р. № 331 зазначено, що кошти за такими договорами спрямовуються насамперед на здійснення доплат, а також забезпечення лікарськими засобами та медичними виробами відповідно до галузевих стандартів.

«Незвичні» договори з НСЗУ як вихід

До того ж згідно з «ковідними» договорами центри ЕМД отримують кошти не за кількість бригад чи фактично надані послуги (кількість виїздів тощо), а за готовність надати допомогу, тож і обсяг фінансування залежить від кількості хворих з підтвердженням COVID-19 у відповідній області (глава 28 Порядку постанови КМУ від 5.02. 2020 р. № 65). Тому і обсяги фінансування, і видатки на доплати у різних центрах ЕМД можуть суттєво відрізнятися.

Відтак при регулюванні доплат необхідно також враховувати умови відповідного договору з НСЗУ. Так, у Спеціальних умовах надання медичних послуг за «ковідним» пакетом для ЕМД (п.8 вказаного додатку) містяться наступні вимоги:

- наявність в центрі ЕМД внутрішнього наказу щодо переліку медичних та інших працівників, які «безпосередньо працюють з пацієнтами з підозрою або діагнозом COVID-19», що має спиратися на вимоги до спеціалізації та кількості фахівців, визначених умовами договору;

- здійснення додаткових виплат (винагород) членам спеціальних бригад ЕМД у розмірі до 300% заробітної плати (посадового окладу (з підвищенням) з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок) відповідно до законодавства;

- визначення окремих спеціальних бригад із надання допомоги пацієнтам з підозрою або підтвердженням захворювання на коронавірусну хворобу.

Потрібно розуміти, що «ковідні» договори стали певною правовою формою скерування державою коштів медичним закладам на «ковідні» доплати (як альтернатива субвенції). У зв'язку з цим НСЗУ була змушена включити в умови договорів і вимоги щодо виплати

додаткової доплати в розмірі до 300 % зарплати. Хоча в цілому така ситуація (коли одна сторона договору втручається і диктує умови щодо формування оплати праці працівників іншої сторони) є нетиповою і не характерною як для НСЗУ, так і для договірних відносин в цілому. Тож ми штучно отримали дещо незвичний рівень визначення умов для додаткової доплати. Тому підприємство має враховувати положення договору із НСЗУ під час напрацювання власних документів.

До речі, позиція НСЗУ з приводу доплат полягає у наступному. Умови закупівлі послуг, визначені у договорі, є мінімальними і лише специфікують окремі важливі умови роботи надавача медичних послуг. Зокрема, у закладі повинен бути внутрішній наказ щодо переліку медичних та інших працівників, який має спиратися на умови договору з НСЗУ та враховувати вимоги до спеціалізації й кількості фахівців. А з приводу питань, які не визначені умовами закупівлі послуг, слід керуватися нормами чинного законодавства.

Підприємство вирішує питання доплат самостійно

Тому в даній ситуації ключова роль відводиться саме локальному рівню регулювання питань щодо виплати доплат. Згідно зі ст. 97 Кодексу законів про працю України умови запровадження та розміри доплат встановлюються підприємствами у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами. Конкретні розміри доплат встановлюються власником або уповноваженим ним органом з урахуванням вимог, передбачених зазначеною нормою.

Таким чином, усі питання щодо встановлення та виплати «ковідних» додаткових доплат, які не врегульовані законодавством, а також умовами договору з НСЗУ за пакетом (COVID-19), можуть і мають вирішуватися підприємством самостійно — у внутрішніх актах з врахуванням законодавства.

Документами локального рівня є:

- наказ, яким визначається перелік медичних чи інших працівників, що залучаються до такої роботи (спеціальні бригади), і відповідно матимуть право на додаткову доплату з врахуванням умов договору з НСЗУ за відповідним пакетом;

- колективний договір (інший локальний нормативний акт/положення підприємства, спільно затверджений/погоджений з профспілковим комітетом), який регулює умови запровадження та розміри зазначеної додаткової доплати, з врахуванням норм законодавства;

- накази про виплату працівникам конкретного розміру додаткової доплати (COVID-19) за місяць, адже кожного місяця перелік працівників і розміри доплат можуть змінюватися, зокрема залежно від часу зайнятості у роботі бригад тощо.

Окрім того, кошти, які заклад отримує від НСЗУ згідно з договором, є заробленими ним. Тому, якщо заклад виконав усі умови договору і після цього залишилися кошти, то вони належать йому. Відповідно їх можна використовувати на розсуд закладу, зокрема на виплату додаткової зарплати, в тому числі працівни-

кам, які не охоплені умовами договору з НСЗУ — відповідно до трудового законодавства та внутрішніх документів підприємства.

Чи можна відібрати доплати у медиків?

У будь-якому разі чинне законодавство не дозволяє примусово стягувати із працівника навіть неправильно виплачену заробітну плату (за винятком лічильних помилок), в тому числі й через суд. Тому вимоги контролюючих органів повернути безпідставно виплачені доплати можуть лише поглибити і без того непросту ситуацію у колективах медичних закладів. Ще недавно виплати «ковідних» доплат у медичних закладах інспектували органи Держпраці (на предмет, чи не обділили медиків), нині ці ж питання, але вже в кардинально протилежному ракурсі, стали предметом перевірки органів Держаудитслужби. На жаль, це відбувається в період критичного зростання пандемії COVID-19, відчутного дефіциту медичного та іншого персоналу для надання допомоги коронавірусним хворим, фізичного та морального виснаження, зростаючої захворюваності й смертності серед медичних працівників. Шкода, що перевірки Держаудитслужби частіше зосереджені на виплаті доплат медикам, а не на закупівлях чи будівництві доріг.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ДЕСЯТЬ ПОМИЛОК АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ COVID-19

Недолікували чи перелікували? Такі підозри виникають у пацієнтів, коли їм призначають антибіотики чи забороняють їх вживати, радять більше пити або поставити крапельницю, зробити КТ чи чекати доки стане зовсім кепсько. Все це вирішує сімейний лікар. Чи завжди правильно?

Сергій ДУБРОВ, президент Асоціації анестезіологів України, доктор медичних наук, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член оперативного штабу МОЗ України

Помилка № 1: Ігнорування протоколу

У світі напрацьовано багато гайдлайнів та стандартів надання медичної допомоги при COVID-19, які, до речі, досить швидко змінюються. Зрозуміло, що українські лікарі повинні керуватися вітчизняними нормативними актами, зокрема, наказом МОЗ України від 20.11.2020 № 2693 «Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».

Наш протокол включає рекомендації державних регуляторів розвинених країн світу і адаптований до них. Часто лікарі первинної ланки запитують, чому немає протоколу для лікування хворих на COVID-19 на амбулаторному етапі. Це не так. У згаданому документі міститься окремий розділ «Амбулаторне лікування». Щодо фармакотерапії там чітко прописано: хворому з легким та помірним перебігом хвороби (а саме такі пацієнти зазвичай лікуються на амбулаторному етапі)

показане симптоматичне лікування, наприклад, при температурі вище 38, 5 — жарознижувальні засоби (парацетамол або ібупрофен), а також адекватне харчування й відповідна регідрація. У якості додаткової чи альтернативної терапії у пацієнтів із середнім ступенем тяжкості в перші 5 днів можна призначити «Фавіпіравір», але поки що в Україні він недоступний. На жаль, сьогодні сімейні лікарі «пропускають» цей розділ протоколу і навіть не помічають його й одразу починають вишукувати препарати, які передбачені для застосування на подальших етапах лікування і призначати їх пацієнтам.

Помилка № 2: Безпідставне призначення антибіотиків

Це одна найрозповсюдженіших помилок лікарів первинної ланки. Хтось призначає антибіотики «для профілактики ускладнень», хтось — для лікування так званої ковідної пневмонії. Хоча нині пропонують називати це явище не пневмонією, а пневмонітом або вірусним враженням легень, для якого типові двобічні полісегментарні зміни на рентгенограмі чи КТ. Для лікування таких змін антибактеріальні препарати не потрібні — вони не ефективні, їх призначають лише у разі приєднання бактеріальної інфекції (бактеріальна пневмонія, сепсис). І це також регламентовано в протоколі. Підозра на приєднання бактеріальної інфекції підтверджується просто — якщо в загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз зі зсувом формули вліво й паличкоядерних форм до більше ніж 10%, або ж підвищується рівень прокальцитоніну. У будь-якому разі такі дослідження набагато дешевші й безпечніші, ніж призначення кількох антибактеріальних препаратів, як це нині дуже поширено. Так само вони не профілактикують приєднання бактеріальної інфекції. Якщо ж факт її приєднання підтверджено, при легкому перебігу хвороби доцільно призначати або захищені пеніциліни, або макроліди чи цефалоспорины другого покоління; при середньому чи середньо-тяжкому перебігу — захищені пеніциліни, цефалоспорины 2-3 покоління або ж респіраторні фторхінолони; при тяжкому перебігу — цефалоспорины третього покоління, як правило, захищені цефалоспорины, часто в комбінації з фторхінолонами. Втім, у переважній більшості випадків призначення антибіотиків амбулаторним пацієнтам є недоцільним. Одне з американських досліджень підтвердило, що бактеріальна флора була виділена лише у 3, 5% із 1700 пацієнтів, яких лікували на амбулаторному етапі. Та навіть у нашій лікарні, куди привозять найтяжчих пацієнтів, на разі 54 із 56 госпіталізованих хворих на COVID-19 не отримують антибіотики, оскільки їх не потребують.

Помилка № 3: Часті направлення на КТ

КТ дійсно є найбільш інформативним методом обстеження легень при COVID-19. Однак не потрібно його призначати через тиждень «аби чого не пропустити» (а дехто робить і двічі на тиждень), навіть пацієнтам з підтвердженим ПЛР, особливо якщо це легкий або середньотяжкий перебіг захворювання. Адже ми лікуємо не дані КТ, а симптоми хвороби. Досить час-

то при виражених інфільтративних змінах в обох легенях(60-70%) сатурація у хворого не нижча ніж 96% навіть без кисню, у нього немає задишки, він може легко піднятися на другий-третій поверх. І навпаки, при ураженні легень в 30% сатурація може бути занадто низькою. І саме остання визначає тактику лікування. Тому орієнтуватися потрібно на клінічні показники, показники КТ не змінюють тактики лікування в жодному разі. До того ж динаміка на КТ з'являється лише через 3-4 місяці. Тобто навіть при повному клінічному одужанні пацієнта та абсолютно нормальній сатурації на самостійному диханні, залишкові явища на КТ чи рентгенограми ще будуть помітними. Препаратів для профілактики фіброзу на сьогодні немає.

Помилка № 4: Невизначеність у потребі госпіталізації

Зрозуміло, що сімейному лікарю суб'єктивно важко прийняти рішення щодо необхідності госпіталізації пацієнта. У стандартах надання допомоги чітко прописані об'єктивні критерії до цього: частота дихання понад 30 рухів за хвилину, зниження сатурації нижче 92% при диханні атмосферним повітрям, виражена задишка або фактори тяжкого перебігу наявних у пацієнта захворювань. Також існує шкала, за якою відстежується 4 основних показники (порушення свідомості, частота дихання, артеріальна гіпертензія та значний вік пацієнта), котрі просто визначити і вони не потребують жодних додаткових інструментальних обстежень. Позитивна відповідь на кожен з цих пунктів дає 1 бал, негативна — 0 балів. Якщо пацієнт з пневмонією має 0-1 бал за цією шкалою, в більшості випадків його можна лікувати в амбулаторних умовах. 2 бали означає, що лише частина таких пацієнтів можуть лікуватися амбулаторно, інші — стаціонарно (все залежить від факторів ризику тяжкого перебігу захворювання). Три і більше балів — хворого слід обов'язково госпіталізувати.

Помилка № 5: Дистанційний контроль без належних обстежень

Як сімейний лікар може контролювати стан хворого, котрого лікує амбулаторно? Він повинен спрямувати його на дослідження рівня прокальцитоніну та D-димеру, якщо на 5-8 —му добу утримується висока температура, погіршується стан. За легкого перебігу таких обстежень проводити не потрібно. Всім лікарям первинки слід бути особливо уважними до пацієнтів наприкінці першого тижня хвороби, особливо якщо моніторинг дистанційний. Якщо рівень D-димеру підвищений в 4-5 разів, варто призначити низькомолекулярні гепарини (пацієнти можуть робити ін'єкції самостійно). У разі середньотяжкого перебігу захворювання й підозри на приєднання бактеріальної інфекції також потрібно направити хворого на загальний аналіз крові з формулою й дослідження рівня прокальцитоніну. Щодо рівня С-реактивного білка, то багато дослідників пишуть про те, що приблизно 90% пацієнтів навіть з легким перебігом COVID-19 мають підвищені значення цього показника. Тож орієнтуватися на нього як на фактор бактеріального запалення не можна.

Помилка № 6: Гормональна терапія — для «підстраховки»

Застосування кортикостероїдів передбачено лише у тих пацієнтів, яким потрібна оксигенотерапія (незалежно від методу надання кисню). Натомість ми часто спостерігаємо, як сімейні лікарі призначають їх невідомо з якою метою. Це порушення вимог протоколу. Якщо ми говоримо про надання допомоги пацієнтам з тяжким перебігом, схема їх лікування є більш розширеною. Вона включає застосування оксигенотерапії, призначення низькомолекулярних гепаринів, розглядається можливість використання альтернативних препаратів, наприклад, «Ремдесивіру». Кисневозалежним пацієнтам показано застосування Дексаметазону або інших гормональних препаратів (такими є рекомендації ВООЗ і вони включені до останньої версії вітчизняного протоколу).

Помилка № 7: Неврахування рівня сатурації

Ігнорування вимірювання рівня сатурації — ще одна проблема на первинці. Для оцінки цього показника у кожного сімейного лікаря має бути пульсоксиметр. Цільові показники насичення гемоглобіну в артеріальній крові киснем у дорослих мають становити понад 90% при диханні атмосферним повітрям. Досить ефективним методом підвищення сатурації й покращення оксигенації артеріальної крові є застосування методу «Prone position» абсолютно у всіх пацієнтів. При утрудненні дихання рекомендовано перебувати в положенні лежачи на животі, оскільки це допомагає розкрити альвеоли — внаслідок цього рівень сатурації підвищується на 5 — 15%. Положення тіла змінюють кожні 3-4 години, але пацієнт має перебувати в такому положенні якнайдовше 12 годин. Однак якщо рівень сатурації менше, ніж 92%, то в більшості випадків пацієнта треба госпіталізувати.

Помилка № 8: Захоплення інфузійною терапією

Я працюю у відділенні інтенсивної терапії і часто бачу пацієнтів, які потрапляють до нас не лише після курсу призначення двох антибактеріальних препаратів, а й тих, кому на амбулаторному етапі призначали посилену інфузійну терапію (до 4 л на добу!). Раджу лікарям не захоплюватися таким методом. Адже чим більше інфузії, тим гірша дифузія газів через альвеоло-капілярні мембрани, що лише погіршує оксигенацію. Тож якщо пацієнт може вживати рідину перорально, цього достатньо і слід відмовитися від інфузійної терапії. Водночас хотів би застерегти сімейних лікарів від тактики переведення сухого виснажливого кашлю, на який скаржаться пацієнти з COVID-19, у так званий продуктивний. З цією метою вони призначають муколітики, які призводять до гіперсекреції та появи мокротиння. Цього робити не потрібно. При сухому кашлі краще підійде «Гербіон сироп Ісландського моху». Якщо немає в'язкої гнійної мокротини — муколітики не потрібні.

Помилка № 9: Антикоагулянти як панацея

Сьогодні всі бояться виникнення тромбозів у хворих на COVID-19. Хоча на початку епідемії американські протоколи й протоколи ВООЗ не рекомендували проводити тромбопрофілактику таким пацієнтам.

Адже всі пам'ятають сумний досвід пандемії грипу H1N1, коли у багатьох пацієнтів з тяжким ушкодженням легень траплялися легеневі кровотечі. Однак вже через кілька місяців з початку нинішньої пандемії стало зрозуміло, що причиною переважної більшості смертей хворих на COVID-19 стали тромбози дрібних гілок легеневої артерії, а також інфаркти та інсульти. На сьогодні є достатньо публікацій, які засвідчують суттєве зростання ризику тромбоутворення у пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19, навіть якщо вони отримували стандартні профілактичні дози низькомолекулярних гепаринів (27% мали венозний тромбоз і 3, 7% — артеріальний). Тому в рекомендаціях Європейської фундації судинних хвороб вказано, що стаціонарні хворі потребують тромбопрофілактики і перевагу слід надавати низькомолекулярним гепаринам. Всі пацієнти відділень інтенсивної терапії потребують високих доз згаданих препаратів.

Ризики венозного тромбозу в амбулаторних пацієнтів слід виявляти на підставі лабораторних досліджень і лише після цього приймати рішення щодо доцільності призначення низькомолекулярних гепаринів. Але це в жодному разі не означає, що фармакологічна тромбопрофілактика необхідна всім пацієнтам на амбулаторному етапі. Для оцінки такого ризику також існує спеціальна шкала. Важливий момент — якщо пацієнт з COVID-19 раніше приймав антикоагулянти з інших причин (миготлива аритмія, штучний клапан серця тощо), він має й надалі приймати призначені йому терапевтичні дози, сімейному лікарю не потрібно їх коригувати. Також у протоколі чітко прописані протипоказання до антикоагулянтної терапії, на них обов'язково потрібно зважати. Також існує чіткий алгоритм продовження тромбопрофілактики на амбулаторному етапі після виписки зі стаціонару (залежно від факторів ризику та стану конкретного пацієнта), яка може тривати до 4-6 тижнів. Амбулаторним пацієнтам зручніше вживати нові оральні антикоагулянти. Ми підготували запит до однієї з компаній світових лідерів з виробництва таких ліків, однак отримали офіційну відповідь: краще все-таки використовувати низькомолекулярні гепарини. Хоча ще раз повторюю — у більшості амбулаторних випадків вони не потрібні. Сьогодні сімейні лікарі часто призначають аспірин з метою профілактики і запобігати проти цього не варто.

Помилка № 10: Негативний тест — привід забути про пацієнта

Сьогодні багато запитань виникає з приводу того, який слід по собі залишає ковід-інфекція, як надовго, а також чи можна підхопити її вдруге. Однозначну відповідь на них дати важко. Це нова хвороба, хотілося б вірити в те, що реінфекції не буде, але факти повторного інфікування вже спостерігаємо на практиці, хоча й зрідка. Зокрема, наша колега перехворіла у травні, і нещодавно лабораторно підтвердила високий рівень імуноглобулінів G. Це було ... за два дні до клінічних проявів повторного захворювання на COVID-19, також підтвердженого лабораторно. Незрозуміло й те, впродовж якого терміну пацієнт після перенесеної

інфекції позбудеться її «слідів». Часто після довготривалого стаціонарного лікування у хворих утримується субфебрильна температура ще впродовж місяця. У такому разі сімейний лікар зобов'язаний продовжити діагностичний пошук причин, можливо, приєдналася бактеріальна інфекція. Також потрібно налаштувати пацієнта на раціональне харчування з адекватним вмістом всіх вітамінів та мікроелементів. Хоча на пацієнтів більш позитивне враження справляє факт призначення вітамінів у пігулках. Не відмовляйте їм у такому задоволенні — вітамін С (до 1, 5 г на добу), вітамін D, цинк не зашкодять. Хоча переконливої доказової бази щодо користі вітамінотерапії немає, попри те що у світі зареєстровано понад 2 тис клінічних досліджень з вивчення їх ефективності. Щодо мелатоніну в комплексі лікування пацієнтів з COVID-19, то це також спірне питання.

Також часто сімейні лікарі запитують, скільки тримати хворого на COVID-19 на лікарняному. Адже дуже багато пацієнтів, які перенесли тяжку форму хвороби, протягом 1-1, 5 місяця скаржаться на дуже виражену слабкість і задишку при мінімальному фізичному навантаженні. А комусь лікарняний можна закрити через три дні після зникнення клінічних симптомів. Тому ці питання щодо кожного конкретного випадку мають вирішувати сімейний лікар, а також медико-соціальні експертні комісії.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ПОМИЛКИ ПЛР-ДОСЛІДЖЕНЬ – ВАДИ ТЕСТІВ ЧИ ПОРУШЕННЯ СТАНДАРТІВ?

В Україні нереально забезпечити тотальне тестування населення на коронавірус. Але панічні настрої створюють ажіотаж навколо нього й примножують сумніви щодо достовірності результатів. Що потрібно знати, аби не впадати в крайнощі?

ВЗ Чи достатньо в Україні лабораторій для ПЛР – досліджень COVID-19, аби зробити необхідну кількість таких тестів?

Борис КУЗЬМІНОВ, директор НДІ епідеміології та гігієни Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор

— Аби відповісти на це питання, потрібно розуміти, яку мету ми перед собою ставимо. Необхідно досягти елімінації вірусу на території держави чи уповільнити розповсюдження інфекції? Це зовсім різні стратегії. У першому випадку доведеться протестувати всіх громадян, аби виявити інфікованих, обмежити їх пересування за межі території епідвогнищ і не допускати в'їзду туди інших осіб. Тоді нам вдасться приборкати інфекцію, як це зробили в Китаї. Якщо ж ми хочемо просто стримувати розповсюдження інфекції, не вдаючись до радикальних дій, тоді не потрібно й тотальних тестувань. До того ж я вважаю тотальне тестування абсолютно нереальним в Україні. Це не Словаччина і не Чехія, які непорівнянні за кількістю населення з нашою

державою. Південна Корея, яка поставила перед собою таку мету, тестувала 25–30 тисяч осіб на день. Навіть у масштабі окремої області це недосяжна мета. Скажімо, на Львівщині мешкає 2, 5 млн осіб. Чи можливо їх всіх протестувати зусиллями семи наявних лабораторій? До того ж цей процес не можна розтягувати у часі. Навіть якщо до нього доєднуються приватні лабораторії, вийдемо максимум на рівень 2–3 тис. досліджень на добу.

ВЗ Нині лабораторії дещо розвантажилися через скасування повторного тестування для підтвердження одужання від на COVID -19?

— Наказом МОЗ дійсно дозволено виписувати хворих, які не мають клінічних ознак хвороби, без підтверджуючих ПЛР досліджень. У клінічному плані це зрозуміло й, можливо, доцільно. Але чи не залишається такий пацієнт джерелом вірусу для свого оточення? У мене виникають великі сумніви щодо цього. За 8 місяців лабораторія нашого інституту провела понад 20 тис тестувань на COVID -19, і ми бачимо, що він може виділятися не тільки впродовж інкубаційного періоду. Багато пацієнтів, які мали пневмонію, «носять» вірус впродовж 21–27 днів після того, як вони практично вилікувалися. Тому з точки зору епідеміології повторне ПЛР-тестування не можна відмінити, щоб з'ясувати, чи людина може вийти із самоізоляції. Інша справа — як швидко пацієнт може отримати таку інформацію. Тому опорні лікарні потрібно закріпити за відповідними лабораторіями, щоб «закривати» це питання принаймні впродовж 24 годин. Наприклад, наша лабораторія видає результати через 8 годин після надходження біологічного матеріалу на дослідження.

ВЗ Що дасть достовірна статистика кількості хворих, якщо епідрозслідування за більшістю випадків все одно не проводяться через брак фахівців?

— Щоб зрозуміти, як діяти, слід повернутися до основ епідеміології. Передусім потрібно знати реальний рівень захворюваності й розповсюдженості COVID -19. В Україні цього досі не знають. Більшість лікарів лікують пацієнтів по телефону, тестування проходять далеко не всі хворі. Тому замість епідеміологічних показників ми використовуємо ті, що є, наприклад, кількість підтверджених інфікованих, яка у нас змінюється залежно від дня тижня, тобто кількості проведених тестувань. Але ж 80% інфікованих хворіють у легкій формі, а 40% з них (це офіційна статистка) взагалі безсимптомні. Тому вони не перенавантажуватимуть лікарні, але в плані розповсюдження інфекції (і це дуже важливо) небезпечні, тому мають бути на самоізоляції. Хоча тут ми впираємось ще й у рівень культури. Якщо ти не відчуваєш жодних проблем, це не означає, що ти не створюєш проблеми іншим. Але частина населення цим не переймається. А щодо недостатніх обсягів епідрозслідувань, ця проблема виникла не сьогодні, а 5 років тому, коли в Україні ліквідували медико-профілактичні факультети медичних вишів і припинили підготовку епідеміологів. Навіть аби ми сьогодні її відновили, отримали б необхідних фахівців через 8 років. Та й де їм сьогодні працювати, якщо систему знищено?

Наприклад, журналісти мене часто запитують про те, чи можуть інфіковані українці виїхати за кордон, придбавши фальшиві довідки. А хто ж може цьому перешкодити, якщо на кордоні немає жодного санітарно-контрольного пункту, фахівці якого могли б або запідозрити наявність хвороби у громадянина за клінічними ознаками, або принаймні відрізнити фальшиву довідку від справжньої (хто видав документ, як він має виглядати насправді тощо). Цю проблему можна вирішити технічно — як із програмою «Дій вдома», забезпечивши доступ до результатів тестування, які передаються в лабцентри. Тоді вдасться з'ясувати, чи дійсно видавався документ за певним номером і ким.

ВЗ Наразі суспільство занепокоєне ще й недостатньою достовірністю ПЛР тестів. Чи не є вона відображенням внутрішніх проблем системи діагностування?

— Згідно зі стандартом, ПЛР-тестування вважається молекулярно-генетичним дослідженням, точність якого досягає 99%, а деяких інфекцій і 100%. Чи можлива похибка при позитивному результаті? Безумовно, у будь-якій методиці вона закладена. Але з досвіду нашої лабораторії зроблю висновок: похибка у тестуваннях на COVID -19 може виникнути у двох випадках — внаслідок неправильної організації роботи лабораторії й у разі контамінації проби. Тобто коли проби були забруднені, прилад одразу покаже, що всі вони позитивні. Та основні помилки виникають при негативних результатах. І МОЗ визнало: понад 30% негативних результатів є хибними. Це пов'язано з тим, хто і як відбирає проби, за якої температури вони транспортуються до лабораторії, як довго зберігаються до моменту дослідження. Стандарт лікування коронавірусної хвороби вимагає провести таке дослідження впродовж 72 годин. Однак я вважаю, що максимальний термін — це 24 години. Принаймні, в перший день потрібно обробити всі проби, на ранок наступного залишити хіба що ампліфікацію. Тоді кількість хибно негативних результатів зведеться до мінімуму, хоча й не до нуля. Ще одна з можливих причин похибок — з початку епідемії ми працювали на тест-системах, які надходили в Україну як гуманітарна допомога. Сьогодні для ампліфікації використовуємо українські тест-системи і задоволені їхньою якістю. Однак виникають певні нюанси, коли доводиться поєднувати використання тест-систем виробників різних країн, призначених для виділення і для ампліфікації. Також я дещо скептично ставлюся до негативних результатів через те, що ПЛР-тест можуть зробити ще здоровому пацієнту, а через годину він уже поспілкується в компанії і стане інфікованим.

ВЗ Чи обов'язково потрібно проводити ІФА-тестування у разі негативного ПЛР?

— Цього вимагають стандарти ВООЗ. Адже негативний результат можливий у двох випадках: людина була і є здоровою, або ж вона перехворіла на коронавірус і якщо в організмі трапився якийсь збій через певний час після одужання, про факт хвороби в минулому важливо знати. Тому при негативному результаті ПЛР дійсно доцільно робити ІФА. Але в якості окремого дослідження останній метод не є недостатньо інформативним. Як і

експрес-тести. По-перше, в них закладена похибка, на те вони і експрес-тести. По-друге, пацієнти часто розповідають, що отримали негативний результат ПЛР-тестування, а на експрес-тесті у них «з'явилася якась смужка». Тому потрібно розуміти, де й з якою метою доцільно застосовувати такі тести. Наприклад, для щотижневого обстеження медиків, щоб у разі підозри спрямувати на ПЛР тестування. А от використовувати експрес-тест «для заспокоєння», навпаки, не потрібно — через його сумнівну достовірність.

ВЗ Вчені стверджують, що коронавірус мутує. Це не впливає на результати тестування?

— Така проблема дійсно існує. Нещодавно я потрапив на науковій публікації про те, що у Південній Кореї з'явилися випадки захворювання, пов'язані з новим штамом коронавірусу. Поки що це поодинокі публікації, але немає й підстав їм не довіряти. Мутація будь-якого вірусу можлива. А коли в палаті інтенсивної терапії перебуває кілька осіб з ослабленим внаслідок хвороби імунітетом та супутніми захворюваннями, у коронавірусу з'являється додатковий шанс на мутацію. Тобто вийшовши з реанімації, хворий вже може бути носієм зовсім нового штаму вірусу. І висока ймовірність того, що його не розпізнаватиме тест-система, розроблена для іншого штаму.

ВЗ Чи не виникне «міксів» коронавірусу з різними вірусами грипу і наскільки вони небезпечні?

— Наразі вже розпочався сезон грипозної інфекції, тож у нас з'являється багато пацієнтів, які хворіють, тестуються на COVID-19, але його не підтверджують. Чи з'явиться мікс-інфекція в подальшому? Ніхто не може виключити такої можливості. Але мене більше непокоїть поєднання коронавірусу з туберкульозом. Тому перепрофілювання регіональних центрів легеневого здоров'я під лікування пацієнтів з коронавірусною інфекцією мені видається не найкращим рішенням.

ВЗ Чи достатньо захищені від інфікування працівники лабораторій?

— Ми намагаємося дотримуватися правил, прописаних у вимогах до лабораторій наказом МОЗ №26 від 24.01.2008 року. Фахівці, які розробляли ці правила, мали хороший досвід і врахували багато важливих нюансів. До того ж у нас добре відпрацьована логістика роботи: забором матеріалу займаються одні співробітники, обробкою — інші. Ще одна група фахівців займається виділенням РНК, інша працює на ампліфікаторі. Це зменшує біологічну загрозу для персоналу. Тому маємо відмінний результат — не захворів жоден працівник лабораторії, який працює на обробці проб чи на ампліфікаторі. Тобто головне — мати «розумні» правила й опанувати їх. Підтвердженням цьому є нинішня статистика. Наприклад, у Львові на COVID-19 захворіло понад 1000 медиків, але найменше їх серед працівників інфекційної лікарні, які вже мали величезний досвід роботи з інфекційними хворими і де створено відповідні умови. Тобто вони добре затямили, що на робочому місці не можна їсти й пити, захисний костюм знімають тільки, коли йдуть з роботи. Ці правила вони виконують майже на автоматі, бо дотримувалися їх завжди.

ВЗ Нещодавно лабораторія вашого Інституту розпочала безплатне тестування на COVID-19 студентів львівських вишів. Звідки виникла така ідея?

— Цей проект ми реалізуємо у співпраці з обласним лабораторним центром МОЗ України за підтримки Департаменту охорони здоров'я ОДА. Плануємо щодня робити до 100 безплатних тестувань студентам усіх львівських вишів. Бо для студентів та працівників нашого університету, які мали підозру на коронавірус, ми проводимо безкоштовне тестування вже з вересня. Вважаємо новий проект дієвим протиепідемічним заходом для міста, тому продовжимо його до того часу, як всі виші Львова відновлять навчання. У разі позитивного результату ПЛР-тесту ми подаємо екстрене повідомлення до лабцентру, який одразу реагує на випадок, як того вимагає санітарне законодавство.

Наш інститут доєднався до діагностики коронавірусної інфекції ще у квітні. Маємо для цього лабораторію другого рівня біобезпеки, яку було створено у 2010 році в рамках міжнародної програми в Україні по зменшенню біологічної загрози (всього тоді було створено 15 лабораторій). Її вартість — 3, 4 млн доларів. Тут розміщено понад 270 приладів і ми маємо можливість проводити молекулярно-генетичні дослідження багатьох інфекцій. Також ми підготували інші лабораторії й створили експериментальний центр, який уже в січні нинішнього року почав проводити мікробіологічні та імунологічні дослідження. Так сталося, що його потужності знадобилися за нинішньої пандемії. Спочатку робили лише 60 досліджень на коронавірус, потім поступово нарощували потужності, нині за наявності двох ампліфікаторів проводимо 320 ПЛР-досліджень за добу. Передусім обслуговуємо обласну інфекційну лікарню, де перебувають найтяжчі хворі, та військово-медичну службу. Коли МОЗ дозволило платні обстеження, почали надавати такі послуги пацієнтам, котрі хочуть виїхати за кордон, тому їм потрібні довідки про відсутність інфікування. Або ж пацієнтам приватних клінік, які йдуть на планові операції, платні пологи тощо. Платні послуги важливі, оскільки вартість утримання такої лабораторії без зарплати працівників в середньому сягає від 100 до 300 тис грн. на рік. Однак ми розуміємо важливість протиепідемічних заходів, тому вийшли з ініціативою безкоштовного тестування.

ВЗ Зусилля інституту зосереджені виключно на цьому питанні?

— Наразі ми дійсно залучили більше співробітників на діагностиці коронавірусної інфекції. Але це не означає, що ми залишили наукову роботу. Наша лабораторія працює над вивченням розповсюдженості хантавірусів, Кримсько-Конго геморагічної гарячки на території України. Також в Інституті функціонує потужний відділ імунологічних досліджень туберкульозу, інфекційних і паразитарних захворювань. За цими напрямками співпрацюємо з польськими колегами, які занепокоєні розповсюдженістю цієї інфекції на прикордонних територіях. Ще один напрямок роботи — розробка ГДК (гранично допустимих концентрацій) шкідливих хімічних речовин в об'єктах навколишнього середови-

ща (повітрі робочої зони, атмосферному повітрі, воді відкритих водойм). У цьому напрямку працюємо переважно з виробниками хіміко-фармацевтичної продукції. Після того, як наш інститут увійшов у структуру медуніверситету, нам вдалося значно підвищити рівень наукових досліджень, університет забезпечує нам фінансування багатьох напрямків роботи. Без цієї підтримки ми навряд чи змогли б забезпечити й діагностику коронавірусної інфекції. Бо саме завдяки вчасному фінансуванню з боку університету вдалося калібрувати всі прилади, придбати необхідну науково-технічну документацію, захисний одяг для працівників.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

«ЛЕГКІ» БАЛИ ЗАКІНЧИЛИСЯ: НОВІ ВИМОГИ ДО БПР ТА АТЕСТАЦІЇ ЛІКАРІВ

Не встигли лікарі призвичаїтися до новацій у сфері безперервного професійного розвитку, як у систему знову вносять зміни. Чи торкнуться вони лікарів і чи полегшать їм життя?

Для чого потрібна єдина електронна система БПР

ВЗ Чи передбачає проєкт змін до Постанови Кабміну № 302 чергову революцію системи БПР у сфері охорони здоров'я?

Тетяна ВЕЖНОВЕЦЬ, директор Інституту післядипломної освіти НМУ ім. О. О. Богомольця, доктор медичних наук

— Деякі зміни дійсно є суттєвими. По-перше, уточнюється й розширюється перелік фахівців, на яких поширюється постанова. Якщо в попередній редакції документа було вказано, що це фахівці у сфері охорони здоров'я, то в нинішній йдеться про лікарів, провізорів і молодших спеціалістів з медичною освітою. По-друге, вводиться нове поняття «Електронна система безперервного професійного розвитку». Це автоматизована інформаційна телекомунікаційна система, яка міститиме всі дані про зареєстрованих провайдерів БПР, їхні заходи, а також їх учасників (медичних та фармацевтичних працівників). І що дуже важливо — проєкт нової постанови нарешті містить чіткий перелік вимог до провайдерів та заходів безперервного професійного розвитку. У попередній постанові просто вказувалося, що провайдерами можуть бути МОЗ, його структурні підрозділи, наукові установи, заклади вищої та післядипломної освіти, професійні асоціації (в тому числі й міжнародні), організації роботодавців, громадські та міжнародні організації тощо. Однак вимог до них не було. Нині ж визначено, що провайдерами БПР можна вважати юридичних і фізичних осіб, які відповідають певним вимогам і зареєстровані в згаданій електронній системі.

ВЗ Хто буде її власником? Обіцяна, але й досі не створена агенція?

— Ні, про неї у новій постанові взагалі не згадується. Передбачається, що власником буде МОЗ України.

Воно ж визначатиме адміністратора системи, який, швидше за все, виконуватиме виключно технічні функції — забезпечуватиме обробку й аналіз зібраних даних, їх збереження та захист. А МОЗ залишить за собою функцію контролю та координації БПР.

Дистанційну форму навчання обмежують?

ВЗ Чи змінився перелік самих заходів?

— Попередній перелік залишається незмінним, але нова постанова не просто перераховує заходи БПР, а й дає визначення кожному з них. Це важливо, щоб ні в кого не виникало спокуси називати семінар фаховою школою чи конференцією з'їздом. Також визначено форми навчання (очний навчальний захід, вебінар з дистанційною формою навчання, електронне, а також комбіноване навчання). На жаль, у цьому переліку загубилося дистанційне навчання, хоча воно передбачене чинним законом про освіту. У новій постанові вказана лише можливість очного навчання, а в його рамках — дистанційно-очні заходи, які проводяться наживо через *Zoom*, *Skype* чи інші платформи. Натомість не враховано, що зараз навіть заклади післядипломної освіти пропонують лікарям використовувати цикли тематичного вдосконалення в онлайн записі. Його можна переглянути у вільний від роботи й зручний час, водночас відповісти на контрольні запитання, вміщені в такому записі. Це дуже важливо, особливо в умовах пандемії, коли лікарі перевантажені, й часто не мають фізичної можливості навчатися в режимі реального часу. Однак виходить, що наразі така форма зникне, бо так зване електронне навчання, оговорене в новій постанові, не завжди може застосовуватися. Це нераціонально в умовах пандемії, коли складно забезпечити обов'язкову очну присутність на циклах тематичного вдосконалення, практичних конференціях, симпозіумах. Тим більше якщо йдеться про вдосконалення теоретичних знань.

Чи обійдеться без реклами ліків і «третіх сторін»

ВЗ Наскільки жорсткими будуть вимоги до провайдерів?

— Я б не назвала їх жорсткими чи надмірними. А якщо вимоги й суворі, то в сенсі необхідності упорядкування того, що маємо на сьогодні. Передусім провайдери повинні будуть пройти державну реєстрацію й надати інформацію про те, що зареєстровані як юридичні особи або ФОП і не залучають третіх осіб, діяльність яких пов'язана з виробництвом (щоб не виникало конфлікту інтересів). Добре, що вказано, які документи провайдер повинен подати, щоб зареєструватися в електронній системі. Ще одна обов'язкова вимога — відсутність під час проведення заходів реклами ліків і медичних виробів, промоції торгових назв. Безперечно, це добре для БПР медичних фахівців, однак важко уявити, як провайдери здійснюватимуть підготовку фармацевтичних працівників, не називаючи конкретних препаратів. Тут мало б бути якесь пояснення чи уточнення. Також провайдери зобов'язані забезпечити контроль за дотриманням засад доказової медицини під час освітнього процесу, а також надати оцінку заходів БПР за ознаками академічної доброчесності. Кожен провайдер має

розробити положення про запобігання конфлікту інтересів та про методологію оцінювання змін в знаннях, тобто результатів навчання. З іншого боку, чітко вказано, у яких випадках адміністратор має право відмовити провайдерам у проведенні заходів БПР. Наприклад, це можливо, якщо їх виключили з реєстру менше, ніж рік тому у зв'язку з порушенням ними затверджених вимог. Або ж якщо провайдер подає не повний перелік документів, які вимагає адміністратор, чи останній вбачає певний конфлікт інтересів. Крім того, окремо описуються вимоги до заходу БПР. Тобто маємо цілий комплекс вимог: до системи, до адміністратора, до провайдера і до заходу. Все це спрямовано на підвищення якості освітнього процесу. В цілому можна сказати, що новий проєкт вносить 80% змін до тексту попередньої постанови. Тому, на мою думку, доцільно було б внести незначні уточнення в Постанову № 302 (про фахівців з фармацевтичною освітою, визначення електронної системи, визначення Адміністратора, вилучити пункт про створення Агенції) й додатково розробити нову Постанову, яка затвердила б Положення про провайдерів безперервного професійного розвитку і була б логічним продовженням розвитку системи безперервного розвитку в Україні. До нього увійшли б усі деталі (щодо провайдера, заходів, електронної системи, Адміністратора, вимоги до них та порядок їх взаємодії).

Усі провайдери — під одну «гребінку»

ВЗ Чи враховані всі організаційні моменти, які сприяли б вдосконаленню освітнього процесу?

— На жаль, ні. Насторожує те, що вимоги урівнюють усіх провайдерів «під одну гребінку». Це не виправданий підхід. Я вважаю, що їх потрібно розділити на дві групи: постійні й тимчасові провайдери. Перші — це ті, які професійно займаються освітньою діяльністю (заклади вищої та післядипломної освіти), отримали ліцензію на таку діяльність, мають затверджені програми навчання. Тобто держава вже делегувала їм право здійснювати навчання в рамках формальної та неформальної освіти, тож і проведення інших заходів для них не є проблемою. Наприклад, коли університет розробляє цикл тематичного вдосконалення, його розглядає Вчена рада й циклова комісія університету, обов'язково повинно бути дві ліцензії — зовнішня й внутрішня. Тож чи є підстави сумніватися в якості підготовки таким закладом симуляційного тренінгу чи майстер-класу, вимоги до проведення яких значно нижчі, ніж до циклу тематичного вдосконалення? Однак маючи ліцензію, котру інші провайдери не отримують, ми так само будемо вимушені знову реєструватися в системі БПР і за 6 місяців повідомляти про намір провести тренінг чи майстер-клас. Тимчасові ж провайдери реєструються лише на окремі заходи, тому за відсутності ліцензії на освітню діяльність вони дійсно мають довести свою спроможність забезпечити освітній процес, спрямований на отримання необхідних лікарям знань. Взагалі якщо вже «вирівнювати» вимоги для всіх, то це має бути підтягування до вищої планки, а не її зниження. Або ж краще розділити ці вимоги на два рівні й залишити кожному своє.

Вимогам до заходів не вистачає гнучкості

ВЗ Відведення 6 місяців на підготовку заходу — це також для забезпечення його високої якості?

— Якщо говорити про масштабні заходи (конгрес, симпозіум, з'їзд, фахова школа), то так. Адже їх потрібно належним чином організувати, доповідачі мають підготувати виступи, тези, публікації. А якщо йдеться про невеликі за обсягом заходи, (симуляційний тренінг, майстер-клас, воркшоп, семінар, вебінар), їх можна організувати набагато швидше. До того ж часто їх потрібно проводити оперативно — на злобу дня. Наприклад, у нинішніх умовах епідемії. Уявіть собі, що вебінар з лікування коронавірусної хвороби запланували й почали організовувати у березні, щоб донести до лікарів «нові» знання ...у жовтні, коли вже й ситуація змінилася, і методи лікування, й підходи. Тому вимоги щодо термінів проведення подібних заходів мають бути гнучкими. Бо сьогодні важко передбачити, які питання будуть актуальними через пів року, інформація швидко змінюється й втрачає актуальність. Тому я вважаю, що заходи БПР також потрібно розділити на 2 групи й розробити окремі вимоги до них. До першої групи, які потребують тривалої підготовки, необхідно віднести конгреси, з'їзди, конференції, фахові школи, симпозіуми, а до другої — тренінги, семінари, вебінари тощо.

Як не розгубитися на ринку освітніх послуг

ВЗ Що дають згадані новачки пересічному лікарю? Чи не стане йому важче заробити бали?

— Навпаки, упорядкування правил допоможе йому зорієнтуватися в тому, де можна отримати бали з «якісним наповненням». Бо наразі це безконтрольна хаотична система, якщо взагалі можна вважати це системою. Тобто сьогодні будь-хто може назватися провайдером БПР, організувати захід, який «подарує» бали, але часто це просто заробляння грошей на лікарях, яким не надають належних знань для вдосконалення професійного розвитку. Тому питання врегулювання діяльності провайдерів назріло. Функціонування електронної системи допоможе зорієнтуватися лікарям у тому, які провайдери пройшли реєстрацію, й розраховувати на їхні бали. Кожен провайдер повинен буде внести інформацію про учасників його заходів у систему, й вона накопичуватиме інформацію про БПР лікаря, обраховуватиме його бали. А бали, обіцяні незареєстрованими в ній провайдерами, не будуть офіційно визнаними.

Лікар, увійшовши до електронної системи, бачитиме і зареєстрованих провайдерів, і їхні заходи, і навіть перелік викладачів, які їх проводитимуть. Сам він вноситиме лише інформацію про отримання формальної освіти (здобуття ступеня доктора філософії й доктора медицини). Однак для повноцінної діяльності системи недостатньо Постанови, має бути розроблений ще й відповідний наказ МОЗ, де будуть прописані всі деталі.

Атестація за новими правилами

ВЗ Інновації потягнуть за собою зміни у проходженні атестації?

— На жаль, у процесі внесення змін до постанови в новій редакції документа зникли пункти про атестацію фахівців у сфері охорони здоров'я. Водночас 7 грудня

2020 року МОЗ України оприлюднило проєкт змін до наказу № 446. Цей документ передбачає деякі суттєві новації. Як і раніше, атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії лікарі проходять один раз на 5 років. Але за бажання, наявності відповідного стажу роботи й за умов, що впродовж року в особистому портфоліо накопичено вдвічі більше балів, ніж передбачено мінімальними вимогами, лікар міг отримати наступну за рівнем кваліфікаційну категорію вже через рік після проходження попередньої атестації. Нині ж цей термін змінено на не раніше, ніж через три роки. Я вважаю, що це не зовсім виправдано. У багатьох випадках у такій повторній атестації через три роки вже немає сенсу для фахівця. Водночас позитивною новацією є те, що відтепер лікар, який має 2 спеціальності, повинен створювати освітнє портфоліо для кожної з них окремо. Раніше всі зароблені бали зараховувалися «в один кошик». Відтепер, якщо терапевт (він же ще й гастроентеролог) хоче пройти атестацію за обома спеціальностями, він має створити 2 окремі портфоліо і в кожному з них накопичити по 50 балів БПР.

Дискримінація в отриманні балів чи стимул?

ВЗ Тобто він має відвідати вдвічі більше заходів?

— Не зовсім так. Змінами передбачено, що за видами діяльності, які не стосуються певної лікарської спеціальності, враховується не більше, ніж 8 балів щорічно. Наприклад, педіатр іде на атестацію по педіатрії, пройшовши курс тематичного удосконалення з алергології тривалістю 5 днів. За це йому нарахують 8 балів, в той час, як колезі лікарю-алергологу — 25 балів (оскільки це його основна спеціальність). І навпаки. З одного боку, це стимулюватиме лікарів брати участь у більшій кількості заходів і розширювати свої знання. З іншого боку, 8 балів — зовсім мало, зацікавленості в розширенні знань за суміжними дисциплінами не буде. Ми маємо стимулювати педіатра, який хоче більше знати про лікування atopічного дерматиту, і для цього йде на ТУ по алергології. Чи терапевта, який у період епідемії COVID-19 або туберкульозу хоче поглибити знання в галузі інфекційних хвороб чи фтизіатрії. Тому за курси, не пов'язані з основною спеціальністю, лікарю потрібно нараховувати хоча б 15 балів. Адже отримання такої кількості балів передбачає навіть участь в одноденних заходах БПР (симуляційних тренінгах на конференціях). Звідки ж дискримінація лікаря, який за 5 днів ТУ отримує лише 8 балів?

ВЗ Можливо, аби БПР був під пильним оком лікарських асоціацій, таких казусів не траплялося б?

— Безперечно, професійні лікарські асоціації повинні знайти своє місце в безперервному професійному розвитку. Передусім вони можуть стати хорошими провайдерами таких заходів, оскільки добре розуміють, які знання та навички потрібні фахівцям їхнього профілю. Також вони можуть здійснювати аудит освітньої діяльності. Це передбачено й чинним законом про освіту. Але перевіряти всіх провайдерів і надавати їм дозвіл на освітню діяльність — функція держави, яка несе відповідальність за якість освіти.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

КОСТЯНТИН ІЩЕЙКІН: ПРОЦЕДУРУ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПРОФЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19 МАЄ БУТИ СПРОЩЕНО

Перший шок від того, що українські медики масово хворіють на COVID-19, змінився потоком не менш приголомшливих фактів зволікань у розслідуванні випадків професійної захворюваності лікарів і відмови їм у страхових виплатах. Винних не знайти, сценарій «згори видніше» перемагає. Як його переписати?

ВЗ З початку епідемії COVID-19 минуло чимало часу, але вичерпної відповіді на те, чому в Україні хворіє так багато медичних працівників досі немає.

Костянтин Іщейкін, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, в. о. директора ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМН України»

— Бо відповідей на це питання декілька і вони лежать у різних площинах. На сьогодні всі розуміють: пандемія COVID-19 — це війна. І найбільше потерпають ті, хто на передовій. На перших порах їм катастрофічно не вистачало елементарних засобів індивідуального захисту, тому цю проблему й називали домінуючою. Але сьогодні маємо розуміти, що справа не тільки в забезпеченні респіраторами, захисними костюмами тощо (це навіть не обговорюється!), а й в умовах, в яких працюють наші лікарі. Як виявилось, система стратегічно не була готовою прийняти такий виклик, як пандемія. Хоча це було прогнозовано в державі, де знищено санепідслужбу і запроваджено «нові» підходи у вигляді скорочення «зайвих» ліжок, у тому числі й інфекційних. Бо, бачте, їх «недостатня» завантаженість реформаторів не влаштувала, а про те, що в одну палату не можна класти хворих з краснухою та вітрячкою, вони, мабуть, не знали. Тож навіть якщо в інфекційному відділенні 50% ліжок умовно «вільні», це не привід його закрити, що насправді було зроблено у районах впродовж позаминулого та минулого років. Тому сьогодні там «пожинають плоди» реформ — і пацієнти, яких ніде лікувати, і медики, які не мають можливості працювати в належних умовах. Багато хворих потрапляють у непрофільні стаціонари, де медики захищені ще менше, бо не знають з чим стикаються насправді — діагностика COVID-19 і досі «кульгає». Пацієнти ж потрапляють у лікарні з різними ускладненнями, які, на перший погляд, можна розцінити і як самостійні хвороби. А оскільки амбулаторних хворих тепер лікують по телефону, це призводить до величезної кількості ускладнень. Там, де COVID-19 чекають (у профільних лікарнях), захворюваність лікарів менша. А де готуються надати інші види допомоги, вона більша. І ще складніше довести факт інфікування на робочому місці, де хворих COVID-19 начебто й не мало бути. При цьому у стаціонарах та поліклініках не завжди розділяють потоки хворих і зони в приміщеннях. Хіба що максимум прорубають інший вхід, під яким стоять натовпи пацієнтів, але ж вони все одно зайдуть у приміщення, котре не має належної вентиляції. Ось такі напівзаходи й під-

вищують захворюваність серед лікарів. Тому зібравши усі пазли, маємо невтішну картину. До територіальних управлінь Державної служби з питань праці надійшло 58 222 повідомлень про підозру на професійне захворювання COVID-19 (71% від загальної кількості захворювань медиків), підтверджено 50502 випадки захворювання, з них 447 повідомлень про випадки смерті.

ВЗ Але подання розглядаються вкрай повільно, а їх результати розчаровують лікарів.

— Так, станом на початок грудня завершено лише 6 763 розслідування стосовно інфікування медиків. І тільки у 2072 осіб (4,8% від загальної кількості захворювань та 30,6% від кількості завершених розслідувань) було визнано професійне захворювання, з них щодо випадків смерті — 53. Тобто значній частці медичних працівників професійна етіологія інфекційного захворювання на COVID-19 не встановлена. Причин тому декілька. По-перше, деякі керівники закладів охорони здоров'я свідомо приховують випадки захворювання медиків на COVID-19, екстрене повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на гостре професійне захворювання на виробництві у них не оформляється і не надсилається у відповідні інстанції. По-друге, заклади недостатньо укомплектовані необхідними для такого розслідування профпатологами. Оскільки НСЗУ не передбачила фінансування профпатологічної служби на другому рівні надання медичної допомоги, то впродовж останнього часу ставки профпатологів були скорочені попри звернення нашого Інституту до МОЗ України про недоцільність таких рішень. Ще одна причина — неякісне проведення епідеміологічних розслідувань випадків настання гострого інфекційного захворювання, внаслідок чого надалі виникають складнощі у визначенні місця і джерела інфікування, через що неможливо пов'язати захворювання з умовами праці.

ВЗ Бракує кадрів чи відповідальності?

— І те, й інше. Сьогодні в Україні припинено підготовку лікарів за спеціальністю «епідеміологія», а також не врегульовано порядок проведення епідеміологічних розслідувань, спрямованих на встановлення причин та умов виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб, професійних захворювань. Останнє є завданням державного санітарно-епідеміологічного нагляду (згідно з п. 4 Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд, затвердженого постановою КМУ від 22.06.1999 № 1109, у редакції постанови КМУ від 19.08.2002 № 1217). Скорочення ж санітарно-гігієнічних факультетів у медичних вишах унеможливило підготовку лікарів з гігієни праці. На сьогодні на території нашої держави працює лише приблизно 85 таких спеціалістів і цього вочевидь недостатньо для проведення своєчасного розслідування випадків професійних захворювань на COVID-19 в умовах пандемії. Тож очевидно є необхідність відродження підготовки спеціалістів з гігієни праці, епідеміології, професійної патології у вищих навчальних закладах, а також відновлення санітарно-епідеміологічної служби. Важливим є й відновлення фінансування профпатологічної служби

на вторинному рівні надання медичної допомоги. На селекторній нараді за участі заступника Міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка, представників НСЗУ та нашого Інституту з головами обласних департаментів охорони здоров'я були погоджені питання щодо відновлення посад профпатологів в районних лікарнях.

ВЗ Але ж де брати кваліфіковані кадри?

— Наразі спеціалісти нашого Інституту беруть участь у встановленні та розслідуванні випадків гострої респіраторної інфекції COVID-19 в установах НАМН України, але ми пропонуємо залучати наших профпатологів до розслідування аналогічних випадків у медичних працівників Києва та Київської області. Також з початку 2020 року на базі нашої клініки професійних захворювань навчання з професійної патології пройшло 15 слухачів із НМАПО ім. П.Л. Шупика. Їх підготовлено з питань діагностики та розслідування професійного COVID-19, реабілітації потерпілих внаслідок цієї хвороби тощо.

Спеціалісти Інституту постійно консультують профпатологів з усіх регіонів України, територіальних управлінь Держпраці та інших установ, причетних до діагностики та розслідування професійних захворювань на COVID-19. Наша установа буде залучена до наукового епідеміологічного дослідження таких захворювань та стійких хронічних наслідків в різних професійних групах (з аналізом регіонального розповсюдження, порівнянням із загальнопопуляційними рівнями, розрахунком ризиків інфікування та смерті постраждалих та аналізом ефективності профілактичних заходів тощо).

ВЗ Якою процедурою розслідування потрібно керуватися на сьогодні? Що мають знати в тому числі й медичні працівники?

— Відтепер лабораторно підтверджені випадки інфікування на COVID-19 медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження, підлягають розслідуванню як випадки гострого професійного захворювання. Процедуру такого розслідування розробили спеціалісти нашого Інституту спільно з Державною службою України з питань праці (відповідну інформацію надано Головним управлінням Держпраці в областях та керівникам обласних підрозділів з питань охорони здоров'я). Медичні працівники повинні знати, що діагноз гострого інфекційного захворювання, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, встановлюється лікарем закладу охорони здоров'я, куди вони звернулися після обов'язкової консультації з лікарем-інфекціоністом та профпатологом. Висновок надають лікарсько-експертні комісії спеціалізованих закладів охорони здоров'я, перелік яких затверджений Наказом МОЗ України від 25.03.2003 р. № 133 «Про затвердження переліку спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, які мають право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань». Водночас потрібно посилити контроль відповідальності керівників закладів охорони здоров'я щодо своєчасного оформлення екстрених повідомлень про звер-

нення потерпілого з посиланням на гостре професійне захворювання на виробництві. Бо медики, які «падають з ніг» на передовій і передусім думають, як врятувати хворого на COVID-19, часом забувають зафіксувати підтвердження своїх контактів з такими пацієнтами. Або ж роблять тести, не переконавшись у сертифікації відповідної лабораторії та не намагаються підтвердити діагноз перехресними дослідженнями. Тож я сподіваюся, що розроблений нами алгоритм допоможе їм відчутися захищеними в цьому плані на 100%. Процедура оформлення спроститься до мінімуму і більшість питань можна буде вирішити на місці. Кожен медик має бути захищеним та відчувати державну підтримку.

Для призначення страхової виплати до органу Фонду соціального страхування медичний працівник подає:

- заяву про призначення виплати із зазначенням особового рахунка, відкритого в банківській установі для перерахування коштів, та інформації про неотримання виплати в іншому органі Фонду за формою, затвердженою виконавчою дирекцією Фонду;

- копії паспорта громадянина України та реєстраційного номера облікової картки платника податків із пред'явленням оригіналів (копії засвідчуються підписом працівника органу Фонду);

- висновок медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності та ступеня втрати професійної працездатності внаслідок захворювання на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2;

- примірник акта розслідування (спеціального розслідування) нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії за встановленою формою;

- копію трудової книжки або витягу з неї, засвідчену страхувальником, або її засвідчує своїм підписом працівник органу Фонду в разі пред'явлення оригіналу;

- копію цивільно-правового договору (якщо працював на умовах такого договору), засвідчену страхувальником, або її засвідчує своїм підписом працівник органу Фонду в разі пред'явлення оригіналу;

- рішення суду про встановлення факту професійного захворювання (за наявності рішення суду з цього питання).

ВЗ Як вивести вирішення цього питання на державний рівень?

- Охорона здоров'я працюючого населення була пріоритетом системи Семашка. Як і профілактика захворюваності населення в цілому. Якщо ми це втрачимо, більше ніколи не відновимо. Інститут медицини праці завжди стратегічно напрацьовував державну політику в цьому питанні разом з Інститутом стратегічних досліджень. Тож і сьогодні ми заявили про намір взяти на себе оформлення експертних висновків щодо підтвердження професійних захворювань, як це було раніше. А також оцінку первинних і вторинних ускладнень, прогнозних показників, реабілітації потерпілих від COVID-19. Адже сьогодні ніхто не може достеменно прогнозувати, якими будуть ці наслідки. Та навіть

якщо епідемію вдасться зупинити шляхом вакцинації, її «відголос» ще відчуватиметься певний час. Наразі клініка профпатології Інституту — єдиний спеціалізований заклад охорони здоров'я, де розпочато реабілітацію пацієнтів зі стійкими хронічними наслідками після COVID-19 у вигляді захворювань бронхолегеневої, центральної та периферичної нервової систем. Зрештою, наші напрацювання знадобляться й для інших професійних захворювань, які ніхто не скасував, у тому числі й епідемія. В Україні реєструються випадки професійних онкологічних захворювань рентгенологічної служби, відділень променевої терапії, 70% від загального числа профзахворюваності становить туберкульоз, дедалі актуальнішою стає проблема професійного стресу, пов'язаного з високим нервово-емоційним напруженням лікарів та медсестер. Цьогоріч цей перелік поповнив COVID-19 і крива профзахворюваності серед медичних працівників у зв'язку з COVID-19 піде вгору. Тож я вважаю єдино правильним рішенням розробку й реалізацію Державної програми щодо відновлення та збереження здоров'я медичних працівників вже у 2021 році. Відповідні пропозиції й напрацювання ми розробили.

ВЗ Можливо, потрібно оновлювати всю систему охорони праці?

- Так. Навіть у частині оновлення експертних рад, формування й діяльність яких не зовсім регламентовані. Не кажу вже про необхідність низки нових нормативних актів. У перспективі маємо розробити стратегію розвитку цієї системи, щоб усі питання вирішувалися комплексно і не було такого парадоксу, як з Головним державним санітарним лікарем — посада й повноваження у нього є, а системи під ним немає. Для її розробки маємо взяти найкращий досвід, який був напрацьований нашими фахівцями до сьогодні, і додати якісні елементи сучасних моделей з урахуванням світових тенденцій. Щодо тактичних кроків, необхідно буде запровадити оформлення картки працюючого на кожного громадянина, де буде вказано інформацію про сертифікацію його робочого місця, історію хвороб, відповідні рекомендації фахівців у галузі медицини та охорони праці. Щоб запроваджувати це на рівні світових стандартів, маємо розробити відповідні навчальні програми для спеціалістів, які займатимуться цими питаннями. Також ми маємо намір разом з представниками Держпраці змінити стандарти перевірки робочих місць, в тому числі у лікарнях, щоб усунути наявні на сьогодні проблеми й невідповідності вимогам часу. Бо, наприклад, у мене також виникають питання щодо того, як реконструювати клініки Інституту у сучасний центр профпатології з урахуванням нових вимог. Керівники закладів охорони здоров'я на місцях також чекають покрокових рекомендацій.

ВЗ Чи реально їх виконати за нинішнього бюджету?

- Усі ми розуміємо, що й новий бюджет на 2021 рік ставить у складну ситуацію Міністра охорони здоров'я, бо деякі політичні лідери заявляють, що всього на все вистачить, а по факту — ні. Тож треба називати речі своїми іменами: бюджет з величезною діркою, незба-

лансований, штучно «перекошений» і точно не орієнтований на подолання пандемії. Але у нас уже так повелося, що порятунок потопаючих є справою самих потопаючих. Свого часу я як народний депутат України не голосував за прийняття нинішньої реформи, яка на первинці не враховувала різниці між містом та селом, гірськими регіонами й густонаселеними пунктами, мала намір зруйнувати систему ЕМД і встигала так посварити первинку зі спеціалізованими ланками, що обіцяної «чіткої взаємодії» між ними ще довго не буде (зрештою, такого механізму й не було впроваджено). Наслідки цих невиважених підходів ми ще долатимемо десятиліттями. Тож у такій ситуації держава має приділити максимум уваги тому, що власне економить її кошти — профілактика захворюваності, в тому числі й професійної. Адже йдеться про працююче населення, яке створює валовий продукт держави. І охороняє здоров'я нації, якщо ми говоримо про медичних працівників. У цьому й полягає стратегія безпеки держави.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

У разі смерті медичного працівника члени сім'ї, батьки та утриманці для отримання одноразової допомоги звертаються до органу Фонду за зареєстрованим місцем проживання/перебування померлого медичного працівника та подають:

- заяви кожної особи, яка має право на виплату, або уповноваженого представника про призначення одноразової допомоги із зазначенням інформації про неотримання виплати в іншому органі Фонду за формою, затвердженою виконавчою дирекцією Фонду (за малолітніх або неповнолітніх осіб заяву подає один із батьків або опікун чи піклувальник);

- копію свідоцтва про смерть медичного працівника (із пред'явленням оригіналу);

- копії паспорта громадянина України та реєстраційних номерів облікової картки платника податків із пред'явленням оригіналів (копії засвідчуються підписом працівника органу Фонду);

- копію свідоцтва про народження медичного працівника (у разі виплати грошової допомоги батькам медичного працівника);

- копію свідоцтва про шлюб (у разі виплати грошової допомоги дружині (чоловікові) медичного працівника);

- копію свідоцтва про народження дитини (дітей) або відповідне рішення суду (у разі виплати грошової допомоги дитині);

- примірник акта розслідування (спеціального розслідування), нещасного випадку, гострого професійного захворювання (отруєння), аварії, за встановленою формою Н-1/П;

- рішення суду про встановлення факту нещасного випадку, факту перебування на утриманні, утримання із заробітної плати (доходу) аліментів, установлення статусу члена сім'ї (за наявності рішення суду з цих питань);

- довідку роботодавця про утримання із заробітної плати (доходу) померлого медичного працівника на

користь особи, яка має право на утримання, аліментів відповідно до закону або рішення суду (у разі такого утримання);

- інформацію про рахунки, відкриті в банківських установах для перерахування коштів.

АНДРІЙ АЛЕКСАНДРІН: ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ВІД COVID-19 НЕ ПРОХОДЯТЬ НАЛЕЖНОЇ ПЕРЕВІРКИ НА ЯКІСТЬ

Пандемія COVID-19 змусила медиків згадати, а декого й заново вивчити правила інфекційної безпеки. Та чи гарантує їх сумлінне виконання повноцінний захист від інфікування? Що має знати лікар і чи все залежить від нього?

Сюпризи українського ринку

ВЗ На початку епідемії в Україні більшість медичних працівників не мала засобів індивідуального захисту в достатній кількості. Чи було це основною причиною того, що медики почали так масово хворіти?

Андрій АЛЕКСАНДРІН, лікар-епідеміолог, Голова ГО «Інфекційний контроль в Україні», керівник Національної експертної групи з інфекційного контролю (NEGIC), кандидат медичних наук

— Безперечно, але це було не єдиною причиною. Скажемо відверто: до початку епідемії COVID-19 деякі медики навіть не бачили респіраторів, не те що розуміли, який з них кращий, а який гірший в плані захисту від інфекції. Належний досвід мали хіба що працівники протитуберкульозних та інфекційних відділень. А картинки, нав'язані телебаченням (так звані китайські хроніки боротьби з пандемією) взагалі сформуливали невірне розуміння профілактики — і в пересічних громадян, і в медичних працівників, і навіть у тих, хто має дбати про їхній захист на державному рівні. Тому я вважаю, що до сьогодні більшість ресурсів, які виділяються на ЗІЗ для медичних працівників, йдуть повз реальну профілактику COVID-19. Аби вибудувати ефективні заходи інфекційної безпеки, потрібно чітко розуміти шляхи передачі конкретної інфекції та її «вхідні ворота» в організм людини. Зокрема, встановлено, що COVID-19 — повітряно-крапельна інфекція. Це підтвердили й американські вчені, зокрема, фахівці Гарвардської школи громадського здоров'я, яка давно займається вивченням інфекційних аерозолів, що передаються повітряним шляхом. Відтак головне — захистити від COVID-19 органи дихання і слизову оболонку очей. На вітчизняному ринку з'явилося багато різних респіраторів. Їх масово закуповують, але не перевіряють за допомогою фіт-тесту (визначення щільності прилягання респіатора до обличчя). Насправді у жодного виробника немає респіраторів, які б підійшли до будь-якого типу обличчя. Тому підібрати ЗІЗ конкретному працівнику — відповідальність керівника лікувального закладу. Так само він має напередодні закупки добре вивчити наявний ринок, аби не помилитися й щодо якості респіраторів.

ВЗ Хочете сказати, що ринок наповнений підробками?

— Я дещо про інше. На жаль, український ринок має свої «особливості». По-перше, у нас немає жодного державного органу, який би перевіряв закуплені респіратори на якість. Ми купуємо ЗІЗ, сприймаючи достовірність висновків про якість придбаної продукції «на віру». Я можу запевнити в тому, що респіратори різних виробників (і вітчизняних, і закордонних), які представлені на нашому ринку і мають відповідне маркування щодо відповідності ДСТУ чи знак якості, не пройдуть фіт-тесту. А головний лікар дійсно не може не довіряти маркуванню. Тобто ми створили ринок самообману. І це стосується не тільки респіраторів. На ринку з'явилося багато захисних фуфломіцинів, наприклад, дезінфекційні рамки, коридори. По-перше, дезінфектант у них не знищить коронавірус, а якщо він хімічного походження, то потрапляючи на шкіру, може спричинити ще й алергійні реакції. Або ще один «винахід» — дезінфекційні килимки, куди заливається дезрозчин. Цей засіб не має жодного відношення до профілактики COVID-19. Щоб мінімізувати контактний шлях передачі корона вірусу, потрібно не взуття на килимку витирати, а максимально дотримуватись гігієни рук.

Правила є, умов немає?

ВЗ Тоді як забезпечити інфекційну безпеку для співробітників закладу, якщо ні рамки, ні коридори не рятують?

— Правила відомі, їх потрібно вивчити і створювати умови для їх безперешкодного виконання. Передусім правильно поділити приміщення на чисту й брудну зону. Але й це лише половина справи. Якщо медик кілька годин працює у брудній зоні, де перебувають ковідні пацієнти, вийшовши з неї, він має зняти костюм, аби зайти у чисту зону. До того ж його потрібно правильно зняти і одразу викинути як і будь-який одноразовий ЗІЗ. Також лікар має зняти свій медичний одяг, залишивши його для прання в лікарні, а не нести додому, хоч так звикли робити всі наші медичні працівники. Точніше, вони змушені це робити не від хорошого життя. Після цього медик має прийняти душ, вдягнути чистий одяг і тільки тоді перейти в чисту зону. На жаль, я бачив такі умови тільки у двох клініках України. У більшості ж закладів медики у захисних костюмах ходять з брудної зони в чисту, де працюють з документацією і навіть п'ють чай у «повному облаштунку», щоб зекономити костюм надовше. Це несе значні ризики для здоров'я як самого медика, так і його оточення.

ВЗ А як захиститися сімейним лікарям, коли для них не передбачили захисних костюмів і пропонують «прикриватися» від коронавірусу тільки масками?

— Костюм біологічної безпеки потрібен тільки для захисту від особливо небезпечних інфекцій, які передаються контактним шляхом, тобто які при потраплянні на шкіру можуть викликати інфекційні процеси. COVID-19 так не передається. А на рахунок використання масок замість респіраторів для сімейних лікарів — такою є рекомендація ВООЗ, настанов якої

дотримується Україна. Хоча коли сімейний лікар, наприклад, оглядає горло пацієнта шпателем, це спричиняє кашель і виділення інфікованого аерозолі. Тож у цьому випадку лікар мав би одягнути респіратор. У закладах охорони здоров'я європейських країн він може обійтися й хірургічною маскою, бо там обов'язково встановлені якісні системи вентиляції — іншого бути не може. Наші ж заклади взагалі не мають ніякої механічної системи вентиляції. Тому не варто сліпо наслідувати рекомендації, які не підходять для вітчизняних реалій. У відділеннях інтенсивної терапії чи інфекційних відділеннях потрібно облаштувати бодай природну вентиляцію, інакше там накопичиться така шалена концентрація коронавірусу в аерозолях, що навіть якісний респіратор не захистить медперсонал від інфікування. Доки у нас не буде комплексного підходу до інфекційної безпеки, а фінансові ресурси витратимуться на масову закупівлю фуфломіцинів замість облаштування механічної вентиляції у відділеннях та створення належних умов для медиків і пацієнтів, не варто говорити про сучасну систему надання медичної допомоги в Україні. Ми живемо в середньовіччі — медики не мають можливості прийняти душ, перевдягнутися без ризику «підхопити» інфекцію, часом взагалі ходять тепло вдягнені, бо в лікарні холодно (про яке провітрювання там можна говорити!), перуть робочий одяг вдома, бо купили його за власні кошти. Хоча аби його знезаразити, потрібне прання під високими температурами. Лише в одній клініці я бачив, що адміністрація закуповує медичний одяг різних розмірів, і лікарі користуються ним не як персональним, а беручи із загальної шафи. І не лише в інфекційному відділенні — хірурги, йдучи на операцію, роблять те саме, після операції приймають душ і здають використаний одяг у прання. Це і є справжня інфекційна безпека. Але для наших медиків це поки що дивина.

ВЗ Як змінити ситуацію?

— Мені імпонує намір чинного Міністра охорони здоров'я підвищити зарплату медичним працівникам, аби вони не виїздили за кордон. Але туди їх ваблять не тільки заробітки, а й «людські» умови праці. Тому потрібно дбати й про них. Передусім слід змінити вимоги до ліцензування та акредитації медичних закладів, аби створення таких умов були обов'язком керівника, а не його вибором «хочу — не хочу». Наразі ж акредитаційні комісії можуть написати на папері все, що потрібно «для галочки». І тому керівники навіть не бажають дослухатися до наших рекомендацій щодо забезпечення інфекційного контролю в закладі. А навіщо їм це? Комісія була, залишилася всім задоволена, папірець видала, тобто все добре і без вентиляції! Кого ми намагаємося обманути? І чому тоді волаємо про те, що лікарі масово хворіють, звільняються з роботи? Спостерігаючи за нашим внутрішнім безладом, світові компанії виробники якісних ЗІЗ також не хочуть мати справу з країною, яка не наведе в себе порядку. Тому вони навіть не заходять на наш ринок зі своєю продукцією. А ми й далі продовжуємо витрачати мільярди гривень на сумнівний захист медиків. Який сенс одягати костюм,

якщо у лікаря поганий респіратор? А вибирати практично немає з чого! Тож доходить до абсурду, коли якісна тришарова хірургічна маска (якщо це знову ж таки не підробка) захищає краще, ніж «абиякий» респіратор.

Чому ми гасимо пожежі?

ВЗ Чи вдалося б уникнути бодай частини згаданих проблем, аби в Україні діяла ефективна система епіднагляду?

— Так. Колишня наша система санепіднагляду була дієвою, але через неефективне управління нею вона стала корумпованою. Тільки от її «реформа» обернулася тим, що замість однієї голови виросло три. І досі не зрозуміло, чим має займатися кожна новостворена структура. Зокрема, пандемія засвідчила неефективність Центру громадського здоров'я, де й мала б діяти система епіднагляду. У структурі центру є епідвідділ, відділ антибіотикорезистентності й інфекційного контролю. Де результати їх діяльності в період пандемії? Що робить центр грипу й вірусних захворювань? Тому коли починають говорити про те, що нам потрібна ще якась структура епіднагляду, то це вже занадто. На разі потрібна тільки координація роботи вже створених інституцій і реальна їх відповідальність за стан справ у сфері їх повноважень. А також не вистачає професіоналів, які знають, що робити. Але навіть в умовах епідемії не оголосили набір епідеміологів! Всі хочуть швидких перемог і ніхто не думає про короткострокову перспективу та стратегічне планування. Тому у нас не запобігають виникненню проблем, а займаються їхніми наслідками — гасять пожежі. І будь-яка епідемія в нашій країні супроводжується її штучним здорожчанням.

Ситуація в країні погіршуватиметься?

ВЗ Але ж навряд чи можна назвати недоцільним, наприклад, збільшення витрат на тестування населення.

— Дійсно, у порівнянні з березнем 2020 року ми значно збільшили кількість тестувань. Але задля чого? Заради статистики? Ніхто не працює з контактними особами — немає фахівців. Відповідно ми не відправляємо інфікованих на самоізоляцію, держава не взяла на себе забезпечення мінімального соціального пакета для таких осіб. Тому подальше розповсюдження COVID-19 не припиняється. Бо для цього потрібно відпрацьовувати вогнища інфекції й відправляти інфікованих на самоізоляцію. Масове тестування й подальший алгоритм дій були ефективними у Південній Кореї, Сінгапурі, Китаї. Наша ж статистика навіть не дає відповіді на важливі питання — скільки серед підтверджених випадків тяжких пацієнтів, середнього перебігу, безсимптомних, скільки відпрацьовано контактів. Ці відповіді — про епіднагляд й охорону здоров'я, все решта — про політику. Їх потрібно розмежувати. Тоді буде розроблено чіткі заходи інфекційної безпеки, дотримання яких допоможе обійтися без жорстких локдаунів. Порушників правил необхідно карати, іншим дозволити працювати, наприклад, забезпечивши відеоконтроль робочого процесу. І нарешті потрібно визначитися з тим, хто все-таки координує боротьбу з COVID-19 у державі: Офіс Президента, РНБО, Кабмін, МОЗ, Центр громадського здоров'я, Головний держав-

ний санітарний лікар чи мери міст, які час від часу демонструють свою непокору встановленим правилам? Цілісної системи епіднагляду не існує. Тому я прогножую, що ситуація в Україні погіршуватиметься.

Коли дійдуть руки до інфекційного контролю?

ВЗ Однак у країнах Європи ситуація не краща.

— Коронавірус успішно приборкують тільки країни із жорстким державним устроєм, де домінує централізована державна система. Європа демократична, тому такі заходи там не спрацьовують. Однак слід відзначити значний прогрес у зменшенні захворюваності медперсоналу в європейських країнах, особливо в Німеччині. Там ще з весни розробили спеціальну державну програму, згідно з якою весь медичний персонал зобов'язали пройти курси з інтенсивної терапії, всі лікувальні заклади чітко розмежували на ковідні і нековідні, медиків тестують кожні три дні. В Україні, щоправда, також розробили відповідний наказ про регулярне тестування медиків, але ж за чий кошт його виконувати? Держава киває на головних лікарів, ті відхрещуються, мовляв, грошей і без того не вистачає. Та й лабцентри перевантажені. А нормативна база так часто змінюється, що відстежити її неможливо.

ВЗ Можливо, новий закон про громадське здоров'я впорядкує всі питання?

— Його проєкт недопрацьований. Там багато «со-вка», з яким усі так прагнуть боротися. Та й змінювати законодавство під час пандемії — не на часі, це може ще більше ускладнити ситуацію. До питання епіднагляду потрібно ставитися виважено, не експериментувати. Не обов'язково повертати армію ДСЕС у 60 тис осіб. Не потрібно створювати окремих зовнішніх служб контролю — це лише нарощуватиме корупційну складову неефективної державної машини. Слід імплементувати спеціалістів з інфекційного контролю й госпітальних епідеміологів у діяльність лікувальних закладів. Також ми лобіювали питання, щоб НСЗУ внесло наявність програми інфекційного контролю однією з вимог для підписання договорів із закладами охорони здоров'я. Для цього не вистачає наказу МОЗ, у якому буде прописано, що таке інфекційний контроль і як його забезпечити (Міністр підписав документ, але його ще не юстовано). На разі НСЗУ почала перевіряти заклади в цьому напрямку, але йдеться лише про окремі й незначні аспекти, наприклад, наявність дезінфектантів. Тому сьогодні потрібно проаналізувати чинну законодавчу базу, скасувати застарілі чи нелогічні нормативні акти і прийняти випробувані часом рекомендації розвинених країн.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЧОГО НЕ ВИСТАЧАЄ ЗАКОНУ ПРО ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, АБИ СИСТЕМА БУЛА ЕФЕКТИВНОЮ?

В Україні будують систему громадського здоров'я за неписаними законами. Тож потрібен документ, який регламентуватиме всі аспекти цієї сфери. Чи впровадиться з таким завданням Закон України «Про систему громадського здоров'я», проєкт якого очікує на затвердження Парламентом?

Закон був потрібний ще 5 років тому

Олег РУБАН, начальник Головного Управління Держпродспоживслужби в м. Києві

— Проект Закону «Про систему громадського здоров'я» № 4142 є актуальним для забезпечення системної, ефективної профілактики та боротьби як з інфекційними хворобами, що несуть ризик масового поширення, так і з масовими неінфекційними хворобами (отруєннями), виникнення яких зумовлено впливом біологічних, фізичних, хімічних чи соціальних факторів середовища життєдіяльності. Без законодавчого регулювання системи громадського здоров'я, порядку проведення епідеміологічного нагляду й розслідування спалахів захворювань неможливо ефективно реагувати на виклики сьогодення. Саме відсутність закону про систему громадського здоров'я після реорганізації Держсанепідслужби в 2015 році стала причиною неефективності системи епідеміологічного нагляду (спостереження) протягом 5 років.

Однак слід зазначити, що законопроект потребує доопрацювання. Зокрема, одним із основних завдань та оперативних функцій системи громадського здоров'я є моніторинг. Однак у законопроекті №4142 (як і в жодному іншому законодавчому акті) це поняття не визначено в повному обсязі — як система спостережень, збору даних про показники здоров'я, стан факторів навколишнього природного середовища, виробничого середовища, факторів життєдіяльності людини тощо, котрі можуть впливати на стан здоров'я людини та/або майбутніх поколінь. Тож потрібно доповнити ст.1 законопроекту визначенням цього терміну.

Також для врегулювання порядку здійснення державного нагляду (контролю) на предмет дотримання вимог санітарного законодавства для цілей громадського здоров'я необхідно внести відповідні зміни до Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності». По-перше, дія цього Закону поміж іншого не має поширюватися на здійснення контролю за дотриманням правил щодо карантину людей, розслідування спалахів та епідемій, інфекційних хвороб та масових неінфекційних захворювань, отруєнь та радіаційних уражень людей. По-друге, діяльність органів державного нагляду (контролю), пов'язана з моніторингом, збором інформації, метою якого є отримання відомостей про масові явища та процеси, що відбуваються у сфері господарської діяльності, не повинні вважатися заходами державного нагляду (контролю). По-третє, підставами для здійснення позапланових заходів зі здійснення державного нагляду (контролю) має бути подання Головного державного санітарного лікаря України та головних державних санітарних лікарів АРК, областей, міст Києва та Севастополя. Також у Законі №877 потрібно визначити виключний перелік норм (частин, статей), які застосовуються при здійсненні державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя.

Хочу звернути увагу на те, що у законопроекті №4142 (ст.53) визначено адміністративну відповідальність за порушення вимог санітарного законодавства, однак не вказано, хто саме розглядає справи про адміністративні правопорушення та накладає адміністративні стягнення.

Тож необхідно внести відповідні зміни до Кодексу України про адміністративні правопорушення. І про те, коли має стартувати згаданий закон. У Прикінцевих та перехідних положеннях зазначено, що Закон набирає чинності через шість місяців з дня його публікування. Однак, я вважаю, що цього терміну вкрай недостатньо для розробки та затвердження усіх підзаконних нормативно-правових актів, без яких неможливо забезпечити ефективне функціонування системи громадського здоров'я.

Хто буде головним?

Ольга ЛИТВИНОВА, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, магістр державного управління

— У вступі до законопроекту йдеться про те, що він встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя. Однак для цього потрібна структура, яка здійснюватиме такий нагляд, і чітко розмежувати функції Центру громадського здоров'я, Держпродспоживслужби, МОЗ України та інших державних органів, які здійснюють регулювання та нагляд за чинниками довкілля, котрі впливають на здоров'я. Все це повинно знайти відображення у окремому нормативному акті.

У даному законопроекті йдеться про нову структуру у сфері громадського здоров'я, яка є центральним органом виконавчої влади. Однак її місце у виконавчій гілці влади не визначено чітко, тож виникають питання і щодо її співфункціонування з іншими структурами, і щодо фінансування. Також вважаю не зовсім вправданою позицію законопроекту про те, що Кабінет Міністрів визначає критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності у сфері санітарно-епідемічного благополуччя та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) за дотриманням вимог санітарного законодавства у відповідній сфері. Адже у ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» чітко вказано, що Кабмін «забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя... тощо», а критерії може визначати й профільний орган, подаючи їх на затвердження Кабміну.

Чекаємо спалаху, щоб зреагувати?

Варто звернути увагу на ч.3 статті 2, де йдеться про те, що положення цього Закону не поширюватимуться на продукти харчування, крім тих, щодо яких проводяться санітарно-епідеміологічні розслідування захворювань, спричинених інфекційними хворобами,

масовими неінфекційними захворюваннями, отруєннями та радіаційним ураженням людей, а також випадків, безпосередньо передбачених цим Законом. Виходить, що інтерес наглядових органів до безпеки харчових продуктів виникатиме постфактум, коли шкоди здоров'ю вже завдано? З позицій профілактики і з огляду на те, що, харчові продукти є постійним фактором впливу на здоров'я людини, нагляд за ними мав би бути постійним і багаторівневим, а не епізодичним і вибірковим. Пояснення на зразок того, що «тотальний контроль вбиває бізнес» є недолугим виправдуванням, особливо на тлі потенційної небезпеки для здоров'я населення через вживання недоброякісних харчових продуктів.

Позитивним є акцент законопроекту на реєстрації введення в обіг, застосуванням пестицидів і агрохімікатів, дезінфікуючих засобів, консервантів, інших хімічних речовин з біоцидними властивостями.

Порятунок потоплюючих — у їхніх руках?

Дещо сумнівною (у плані виконання) видається позиція законопроекту про те, що суб'єкти господарювання та громадяни мають забезпечувати проведення профілактичних дезінфекційних заходів у житлових, виробничих та інших приміщеннях (будівлях) і на земельних ділянках, що належать їм на правах власності чи надані в користування. Проблемним є навіть дотримання цих вимог у житлових приміщеннях, особливо коли це багатоповерховий будинок, де силами мешканців неможливо організувати тотальну дезінфекцію, а локальна навряд чи дасть належний ефект.

Слід також в черговий раз наголосити, що законопроект (як і інші чинні закони) «обіцяє» лікування інфекційних хворих чи бактеріоносіїв за кошти Держбюджету, але лише в межах програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення (а це не обов'язково забезпечуватиме лікування в повному обсязі!). Громадяни мають бути готовими до цього, аби потім у них не виникало розчарувань та нарікань на лікарів.

Також дещо нереальною для виконання є стаття про залучення для тимчасового використання транспортних засобів, будівель, споруд, обладнання, іншого майна підприємств, установ, організацій незалежно від форм власності (для здійснення профілактичних і протиепідемічних заходів) із наступним повним відшкодуванням його вартості або витрат, пов'язаних з його використанням. Адже не вказано ні механізмів залучення майна та відшкодування його вартості, ні джерел витрат на такі дії.

Як позитив слід відзначити вимогу систематичного гігієнічного навчання та виховання дітей, популяризації здорового способу життя та заходів профілактики інфекційних хвороб серед батьків. Натомість попри гарні та благі наміри в законі не йдеться про джерела фінансування заходів, спрямованих на збереження здоров'я і профілактику хвороб.

Боротьба зі стійкістю до протимікробних препаратів також регламентується в даному законопроекті як варіант лайт, замість того, щоб суворо заборонити віль-

ну реалізацію антибіотиків та їх безконтрольне використання у ветеринарії, запровадивши адекватну відповідальність за порушення.

Тож проаналізувавши новий законопроект, можна зробити однозначний висновок: у такому викладі він не зможе претендувати на статус ще одного закону у сфері безпеки життєдіяльності, оскільки не має профільного спрямування. Якщо ж він претендує на те, аби повністю замінити чинне законодавство у цій сфері, тоді мусить бути дуже чітко структурованим, орієнтованим на стратегічний план розвитку громадського здоров'я і комплексним — на зразок Основ законодавства чи Кодексу.

Мета — нова, підходи — застарілі?

Андрій АЛЕКСАНДРІН, Голова ГО «Інфекційний контроль в Україні», керівник Національної експертної групи з інфекційного контролю (NEGIC), кандидат медичних наук

— Попри задекларовану у пояснювальній записці законопроекту мету — подолати «...невідповідність передовим міжнародним практикам, зокрема в частині регламентації змісту і процедурних аспектів основних оперативних функцій громадського здоров'я (наприклад, епідеміологічного нагляду), недостатню імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил та гармонізацію українського законодавства у сфері громадського здоров'я із законодавством ЄС», проект Закону демонструє саме таку невідповідність. Про це свідчить навіть використання у документі термінів, які не мають визначення у міжнародній системі термінів, пов'язаних зі здоров'ям (наприклад, «медико-санітарні заходи», «міжнародні медико-санітарні правила»). Це ж стосується й використання застарілих понять та підходів, котрі не підтвердженні доказовою медициною й не застосовуються у сучасному світі. Як приклад, у документі йдеться про профілактичну, поточну і заключну дезінфекцію замість визначення пріоритетів дезінфекції об'єктів, найбільш значущих у епідеміологічному плані. Так само згадуються «бактеріоносії» як окремий суб'єкт запобіжних, а фактично стигматизуючих, втручань — цей термін не має сенсу з точки зору медицини, адже будь-яка людина є носієм безлічі патогенних і непатогенних бактерій і вірусів, але це не є критерієм небезпеки для її оточення. Прийшли з минулого й «первинна, вторинна і третинна профілактика», що суперечить сучасному розумінню профілактики як цілісного підходу до запобігання хвороб та підвищення якості життя. До того ж у законопроекті до заходів третинної профілактики потрапила реабілітація та контроль хронічного болю, надання паліативної допомоги, створення груп підтримки пацієнтів. Це не профілактика, а складні комплекси медико-соціальних втручань, кожне з яких заслуговує більш детального визначення у концепції громадського здоров'я.

Взагалі ж у проекті закону не йдеться про роль громадського суспільства у розбудові ГЗ. Останнє розглядається виключно як сфера регулювання державних органів, що вочевидь суперечить його суті як «науки і

мистецтва запобігання хворобам, подовження життя і сприяння здоров'ю через організовані зусилля суспільства» (визначення ВООЗ).

У документі не відображені або не наповнені конкретними підходами пріоритети, які є частиною концепції громадського здоров'я більшості країн Європи, наприклад, подовження очікуваної тривалості життя, здорові харчові звички та спосіб життя, підтримка здоров'я сім'ї та збільшення народжуваності, заходи зі створення доступного середовища для людей з інвалідністю, рівність у доступі до базових потреб для незахищених категорій громадян тощо.

Натомість законопроект «успадкував» підходи моделі СЕС, оскільки передусім сконцентрував увагу на карних санкціях замість оцінки і керування ризиками як головного інструменту громадського здоров'я. Очевидним є намір створити жорстку вертикаль підпорядкування з великим переліком дозволивних документів у сфері відповідальності кожного рівня, що суперечить принципу гнучкого реагування на виклики у сфері громадського здоров'я.

Багато декларацій, мало конкретики

Розділи, присвячені контролю за інфекціями, які передаються під час надання медичної допомоги, а також подоланню антибіотикорезистентності не містять цілеспрямованих і реалістичних заходів. Хоча ці виклики є ключовими для України.

Документ містить декларативні зобов'язання, для реалізації яких наразі немає підґрунтя в Україні (зважаючи на критичне недофінансування системи охорони здоров'я та брак кваліфікованих кадрів). Зокрема, в ньому йдеться про проведення секвенування збудників інфекційних хвороб з метою розслідування причинно-наслідкових зв'язків їх виникнення та розповсюдження (в тому числі інфекцій, які передаються при наданні медичної допомоги). Такий метод дійсно є найточнішим у відстеженні передачі інфекцій, однак здебільшого застосовується в рамках епідеміологічних дозорних досліджень і наразі не впроваджений в Україні для жодної інфекції.

Більшість задекларованих напрямків у законопроекті викладено несистематично, деяким питанням приділено непропорційно велику увагу, інші взагалі випали з поля зору закону. Наприклад, розглядаються питання оплати працівникам, які працюють в осередках інфекції, що жодним чином не є предметом громадського здоров'я, водночас не розглядаються питання відстеження контактів хворих на інфекційні захворювання, хоча це є головним методом переривання ланцюгу їх передачі.

Є низка зауважень й щодо юридичних аспектів законопроекту. Наприклад, у ньому визначені «оперативні функції громадського здоров'я». Однак деякі з них сформульовані так, що неможливо чітко встановити їх зміст, тому його можна тлумачити довільно, відтак, можливе застосування суб'єктивних підходів щодо форм, методів та строків їх реалізації. У ч. 3 ст. 9 законопроекту до системи уповноваженого органу у сфері громадського здоров'я віднесено центри контролю та

профілактики хвороб, однак їх статус у цьому документі не визначено.

У ст. 20 зазначається, що в рішенні Кабінету Міністрів України про встановлення карантину встановлюються в тому числі «тимчасові обмеження прав фізичних і юридичних осіб та додаткові обов'язки, що покладаються на них». Це не відповідає положенням ст. 64 Конституції України, де вказано, що конституційні права і свободи не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України, в умовах воєнного або надзвичайного стану.

Важливий ще й такий аспект. У пояснювальній записці до законопроекту зазначається, що прийняття згаданого закону не потребує виділення додаткових коштів із Державного бюджету України. Однак створення центрального органу виконавчої влади, мережі його регіональних підрозділів, а також мережі центрів з контролю за захворюваннями неможливе без додаткових витрат з Державного бюджету! Не кажучи вже про те, що розширення календаря обов'язкових щеплень потребуватиме значних додаткових видатків з боку держави.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

СІМЕЙНИМ ЛІКАРЯМ «НАКИНУЛИ» ТЕСТУВАННЯ НА COVID-19 БЕЗ ДОПЛАТ ЗА РИЗИКИ?

Віднині відбір матеріалів для тестування на COVID-19 став складовою медичної допомоги на первинці. Пакет послуг для мобільних бригад, які виконували цю функцію на виїзді, скасовано. Як первинка перебудує свою роботу і чи впорається з нею за відсутності додаткових «ковідних» коштів?

Чому ідея наказала довго жити?

Євгеній ЧЕРЕНOK, директор Бориспільського міського центру ПМСД, Київська область

Ще коли виникла ідея створення мобільних ковід-бригад на первинній ланці надання медичної допомоги, я говорив про її нежиттєздатність. Як бачите, так воно й сталося. Наш заклад не підписував договір з НСЗУ на відповідний пакет. Бо ми порахували, що його вартість збиткова — на утримання однієї бригади, пальне для виїздів тощо, за нашими розрахунками, потрібно було мінімум 80 тис грн на місяць, НСЗУ ж сплачувало майже 60 тис грн. Щоправда, знайшлися й такі, хто договори на згаданий пакет підписали, але насправді нікуди не виїздили, відбирали матеріал у амбулаторіях, а звітували про мобільні бригади і отримували кошти — тоді це дійсно дуже вигідно. Але ж чи правильно? До того ж навантаження на таку бригаду становило 150 відборів зразків на ПЛР-тестування щомісяця. Але деякі бригади могли значно перевищувати цей норматив, а інші (у сільській місцевості) «не дотягували» до нього, тож і на пакет розраховувати не могли, хоча так само виїздили на відбір матеріалів за місцем проживання хворих. Медпрацівники нашого центру також виїздили додому до пацієнтів, які фізично не могли діс-

татися центру, аби пройти тестування, хоча й не мали відповідного пакету. Решту пацієнтів обслуговували безпосередньо в закладі — у спеціальному кабінеті вірусологічного контролю, який ми створили ще в березні минулого року. Це більш ефективно з точки зору логістики. Посудіть самі: мобільна бригада за 1 годину може обслужити лише 2-3 родини, а якщо потрібно їхати у віддалені села, то й одну! У кабінеті лікар може впродовж цього часу взяти багато мазків. Зокрема, нам вдавалося впродовж тижня взяти матеріал у 400 пацієнтів. Щоправда, ми розраховували тільки на власні гроші, а також отримали суттєву фінансову підтримку від місцевої влади — її вистачило і на витратні матеріали, і на ЗІЗ. До речі, останніх потрібно було б більше, аби функціонували мобільні бригади — на кожен виїзд має бути новий захисний костюм.

Місцева влада допоможе, якщо може?

Наразі ми є одними з перших, хто почав масово використовувати тести на антиген — знову ж таки завдяки місцевій владі, яка виділила кошти на закупівлю 2 тис «швидких» тестів і з 22 грудня 2020 року ми протестували ними вже більше ніж 800 пацієнтів. Бо, наприклад, за розподілом від департаменту ми отримали лише 250 тестів, які закінчилися за 5 днів! Однак переважна більшість центрів ПМСД в Україні не може розраховувати на таку потужну фінансову підтримку місцевих бюджетів, тож існує ризик повного провалу з тестуванням. Оскільки потік хворих збільшився, ми дещо змінили логістику — сімейні лікарі тестують пацієнтів безпосередньо у своєму кабінеті, а у разі підозри на коронавірус спрямовують їх до кабінету вірусологічного контролю. Тобто якщо «швидкий» тест позитивний (а таких третина з усього потоку!), пацієнт одразу йде на самоізоляцію, йому призначають лікування. Якщо ж результат негативний, але наявна вся симптоматика коронавірусної хвороби, тут же призначається ПЛР-дослідження. Зрештою, такий алгоритм передбачає й один з останніх наказів МОЗ № 2869 та № 10 — це допоможе дещо розвантажити лабораторії і скоротити маршрут самих пацієнтів. У загаданому наказі наголошується, що позитивний результат швидкого тесту має бути підтверджений за допомогою ПЛР — за винятком пацієнтів, які відповідають визначенню підозрілого ймовірного випадку захворювання на COVID-19. Медикам, які працювали в кабінеті вірусологічного контролю, ми доплачували, але не за рахунок коштів НСЗУ, а з тих грошей, які заробили платними послугами. Хоча ці доплати — копійки у порівнянні з 300% окладу, котрі навіть не стосувався первинної ланки надання медичної допомоги.

Звідки взяти кошти на доплати?

Тому я бачу тільки один вихід — підвищити капітаційну ставку. Нині до неї додали 50 грн і позиціонували це як доплата за COVID-19. Але ж це не так! Принаймні у Постанові Кабміну № 65 такого трактування немає, просто вказано «додати до капітаційної ставки» 50 грн. Бо остання не змінювалася з 2018 року! Та якщо на той час її вистачало на все (а до скасування «червоного» списку й поготів), то вже у 2020 році практично

всі гроші йшли на зарплату. Адже щороку підвищувався прожитковий мінімум, давалася взнаки інфляція тощо. А останні 6 місяців 2020 року з фінансами на первинці взагалі проблема, особливо якщо заклади не відчують підтримки місцевих рад. Бо потрібно утримувати ще й ФАП, які не фінансує НСЗУ, а часто й громади грошей не дають. Також окрім адекватної капітаційної ставки, потрібно створити додаткові пакети для первинки, але не ті, що нині пропонуються, а з тих послуг, які більше ніхто не надає і первинна ланка змушена брати на себе (служба невідкладної допомоги, патронаж дітей), або ж може виконати щось більше (амбулаторна хірургія, фізіотерапія, певні види діагностики).

Скасування пакетів відчутно позначилось на фінансуванні

Анна ЯРМОЛА, директор КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Червонограда», Львівська область

Коли були сформовані пакети послуг, які надавали мобільні ковід-бригади на первинці, ми довго не хотіли укладати угоди на них — вичікували до кінця серпня. Однак зрозуміли, що запровадження таких пакетів є економічно обґрунтованим — ми створили одну мобільну бригаду й отримали правову підставу та фінансову можливість доплачувати до 300% окладу працівникам, які проводили забір матеріалу для ПЛР. Нині такої змоги ми не маємо, хоча медики працюватимуть так само. Також з коштів, отриманих від НСЗУ за звичайним пакетом первинки, закуповуватимемо амплікатори, пробірки, транспортуватимемо зразки до Львова. Наразі добре, що залишаються хоча б пункти забору матеріалу для ПЛР-досліджень, однак це не знімає з нас обов'язків так само виїздити додому до пацієнтів, які не можуть самостійно пересуватися, осіб, яким встановлена І і ІІ групи інвалідності, дітей до 10 років. Мотивуватимемо до цього медичних працівників з власних коштів, але це будуть зовсім не ті відсотки, які вони отримували за спеціальним «ковідним» пакетом. З його скасуванням ми значно втратили у фінансуванні. Завдяки власним коштам ми змогли з березня минулого року стимулювати всіх лікарів, які чергують у боксах, і медсестер, які займаються сортуванням пацієнтів, доплачуючи їм 30% до зарплати. Також місцева влада виділила нам 500 тис. грн, з яких ми доплачували лікарям, котрі брали матеріал для ПЛР, доки ми підписали угоду з НСЗУ на пакети для мобільних бригад. Тому ми маємо велику надію на те, що капітаційну ставку суттєво збільшать. Інакше організувати процес надання медичної допомоги в умовах COVID-19 буде складно. Ми робимо все можливе, що залежить від нас. Проводимо сортування пацієнтів, аби відвідувачі лабораторії не перетиналися з іншими. Обладнали окремий кабінет, який працює за спеціальним графіком — наприклад, зранку там проводять забір матеріалу для ПЛР, а після 10-ї години починається прийом пацієнтів з COVID-19 (лікарі чергують там по 3-4 години). До чергування задіяні майже всі лікарі, окрім груп ризику (онкохвороби, бронхіальна астма тощо). Зрозуміло, що

такі пацієнти потрапляють до чергового лікаря, а не до того, з ким уклали декларацію. Однак він спілкується з ним напередодні телефоном. Якщо лікар вважає за необхідне направити свого пацієнта до вірусологічного кабінету, то погоджує з ним час відвідування. До того ж ми плануємо переоснастити два ФАПі в амбулаторії, щоб там був лікар і населення мало змогу отримувати якісні медичні послуги, а лікарі — укладати нові декларації, за якими прийдуть додаткові кошти. Але знову ж таки очікуємо на збільшення капітаційної ставки.

Зміни не відповідають чинному законодавству

Геннадій ГОРБЕНКО, головний лікар КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Житомирської районної ради

Минулого року ми не уклали договір на пакет послуг мобільних бригад, оскільки три такі бригади сформували у центральній районній лікарні, а ми обслуговуємо одну територію. Тобто ми перетиналися б і не набрали б необхідної кількості виїздів для отримання коштів за пакетом. Тож ми направляли пацієнтів у ЦРЛ. Але зараз пакет скасовано, бригади розформовано, первинну ланку зобов'язали виконувати їхню роботу, але вже без додаткової оплати. До того ж «переведення стрілок» відбулося незаконно. Я звернувся з офіційним листом з цього приводу до Верховної Ради України. Адже пункт про те, що надавач ПМД забезпечує відбір зразків матеріалів для тестування на COVID-19 було внесено до Порядку надання первинної медичної допомоги, який регулюється наказом МОЗ № 504. Водночас наказом МОЗ №521 від 25.02.2020 року МОЗ COVID-19 було внесено до переліку особливо небезпечних інфекцій. Як таке захворювання раптом могло потрапити до загального переліку ПМД?

Якщо це дійсно особливо небезпечна інфекція (що підтверджено керівником робіт по ліквідації наслідків стихійного лиха, викликаного коронавірусом), тоді потрібно керуватися Законом України «Про захист населення від інфекційних хвороб». У ньому чітко зазначено, що умови та розмір оплати медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на інфекційні хвороби, працюють із живими збудниками, виконують інші роботи, пов'язані з високим ризиком зараження збудниками інфекційних хвороб, встановлюється відповідно до законодавства. Тобто має бути окрема оплата на період ліквідації епідемії, а також в осередках особливо небезпечних хвороб. Посадові оклади мають встановлюватися в порядку та розмірах, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері трудових відносин. Виходить, що норми законодавства передбачають особливий порядок оплати праці, а наказ № 504 це ігнорує. І це не той випадок, коли сімейний лікар може проконсультувати пацієнта дистанційно, він має забезпечити фізикальне обстеження, зробити мазок, тобто ризикує інфікуватися. І при цьому не отримує доплат!

Як далеко піде держава в «економії» коштів?

Я вважаю, що ковід-пакет для первинки мав бути запроваджений з початку епідемії, бо дистанційно лі-

кувати хворих неможливо і відповідальні лікарі все одно відвідували своїх пацієнтів, коли випадки були складні. Нині ж вимога фізикального обстеження лікарем ПМД внесена до останнього варіанту стандартів надання допомоги при COVID-19. Тож за тим потрібно було запровадити й відповідний пакет. Але держава шкодує коштів. І пропонує попросити їх у місцевих органів виконавчої влади. А також пояснює, що 50 додаткових гривень до капітаційної ставки вистачить на все. А чому ніхто не враховує зростання розміру мінімальної зарплати, того, що для відбору матеріалу на ПЛР-дослідження потрібно купувати пробірки, захисні костюми й оплачувати працю медиків відповідно до законодавства — як за роботу з особливо небезпечними інфекціями? Тому якщо не запровадять ковід-пакет для первинки, розпорядження про обов'язок тестування на цій ланці потрібно скасувати. Ніхто не говорить про те, що це має бути такий пакет, як для госпітального сектора, але він потрібен. Та й капітаційну ставку потрібно збільшувати не на 50 гривень, а так, аби вистачило виживати без поклонів на всі боки. Бо частину коштів отримуємо від НСЗУ, а частину випрошуємо у місцевої влади, де не завжди є гроші на медицину. Адже формування ОТГ у нашій державі відбулося дивно: одні громади успадкували майже половину бюджету розформованого району, хоча на їх території мешкає 6-7 тисяч населення або й менше (а мало б бути не менше 30 тисяч), інші ж живогітимуть з тими копійками, що осіли в їхніх бюджетах. Тож від нового року ми не очікуємо нічого хорошого. Швидше за все влада зробить ще один «хід конем» — COVID-19 виключать із переліку особливо небезпечних, прирівняють до звичайного грипу, тож і витратитися не потрібно буде. Хоча ні пацієнтам, ні лікарям легше не стане. Але все йде до того.

Світлана ТЕРНОВА, «ВЗ»

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І COVID-19: ЩО СЬОГОДНІ ВІДОМО ПРО ЦЕЙ НЕБЕЗПЕЧНИЙ ДУЕТ

Сьогодні вже опубліковані дані багатьох досліджень, які дозволяють краще розуміти вплив двох тяжких захворювань, що набули масштабів пандемії — COVID-19 і цукрового діабету.

Про важливі висновки міжнародних досліджень та практичні аспекти лікування цукрового діабету з огляду на паралельний поступ коронавірусу, розповідає член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Голова правління Української діабетологічної асоціації Борис Маньковський.

ВЗ На сторінках нашого видання ми вже обговорювали тему цукрового діабету в контексті COVID-19, тож, що наразі вдалося з'ясувати ученим і клініцистам?

Борис МАНЬКОВСЬКИЙ, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор, заслу-

жений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Голова правління Української діабетологічної асоціації

— Так, на жаль, тема залишається актуальною. Не дивлячись на пандемію COVID-19, ніхто не спроможний відмінити пандемію цукрового діабету: число хворих на діабет зростає в усьому світі. Коли зустрічаються дві пандемії, на жаль, вони не нівелюють, а тільки посилюють одна одну.

Нині весь світ вивчає різноманітні аспекти співіснування, прогноз та вплив коронавірусу на організм людей, які страждають на тяжкі хронічні захворювання, адже невідомо як довго ще триватиме ця пандемія. Крім того, швидше за все, ми і надалі, час від часу матимемо справу з різними варіантами цього вірусу.

Отже, дані досліджень свідчать, що

— діабет є найчастішим з коморбідних станів у пацієнтів з COVID-19;

— діабет сприяє тяжкому перебігу коронавірусної хвороби та призводить до більшої частоти госпіталізацій до відділень реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ);

— діабет підвищує захворюваність та смертність пацієнтів з COVID-19;

— гіперглікемія (навіть самостійно) може погіршувати перебіг та прогноз COVID-19.

ВЗ Які несприятливі наслідки вірусних інфекцій, окрім COVID-19, асоційовані з діабетом?

— Ми вже зустрічалися з проблемою збігу у часі епідемій важких інфекцій та цукрового діабету, тож знаємо, і це доведено клінічною практикою, що гострі вірусні інфекції ускладнюють і обтяжують перебіг цукрового діабету.

Так, 2003 року ми пережили тяжкий гострий респіраторний синдром (SARS), у зв'язку з яким у 3,1 рази частіше, ніж зазвичай спостерігалися несприятливі наслідки при ЦД, а гіперглікемія та ЦД при SARS виступали предикторами захворюваності та смертності;

2009-го — грип А (H1N1) у 4,29 рази вище співвідношення шансів щодо госпіталізації до ВРІТ людей з ЦД та без ЦД;

2012-го — Близькосхідний респіраторний синдром (MERS) — співвідношення шансів тяжкого перебігу за умов ЦД порівняно з його відсутністю становило від 2,47 до 7,24.

Хворі на цукровий діабет, а також люди з надлишковою масою тіла або ожирінням складають групи високого ризику тяжкого перебігу COVID-19. До того ж відомо, що у одного пацієнта часто є і цукровий діабет, і ожиріння, що робить цих людей дуже вразливими. Так само, як і похилий вік, адже з віком ризик цукрового діабету 2 типу зростає. Так само, як і люди, що живуть з хронічною нирковою недостатністю, яка, як відомо, є частим ускладненням ЦД.

Іншими словами, один пацієнт може належати відразу до декількох груп високого ризику. При цьому, цукровий діабет не є фактором, що підвищує ризик інфікування COVID-19.

Сьогодні ми маємо сумне підтвердження цих тверджень на прикладі Сполучених Штатів Америки, де спостерігається висока смертність від COVID-19 через широку розповсюдженість діабету та ожиріння.

ВЗ Про що говорять результати досліджень з цієї проблематики? Які гіпотези вже отримали докази?

— За даними мета-аналізу 7 досліджень за участю 1576 пацієнтів з COVID-19, у хворих діабетом необхідність у госпіталізації виникала у 6 разів частіше, ніж у людей без діабету. А смертність у людей з супутньою патологією (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, захворювання дихальної системи), хворих на COVID-19, у 12 разів перевищувала таку, ніж у людей без супутньої патології.

За даними CORONADO — багатоцентрового (учасники — 53 медичні центри Франції) обсерваційного дослідження фенотипічних характеристик та прогнозу стаціонарних пацієнтів з COVID-19 та ЦД, кожен 5-тий хворий з ЦД потребував лікування у ВРІТ та штучної вентиляції легень, а кожна 10-та людина з ЦД та COVID-19 помирала.

У пацієнтів з уперше діагностованим діабетом було виявлено найбільшу імовірність госпіталізації до ВРІТ та потреби у інвазивній механічній вентиляції легень. Це також було показано у дослідженні CORONADO.

Швидше за все, причина у тому, що ці люди насправді хворіли вже тривалий час на ЦД2 без встановленого діагнозу, відповідно, вони не отримували лікування і не контролювали рівень глікемії. Таким чином, вони на момент захворювання на COVID-19 перебували у значно гіршому стані, ніж пацієнти, які знали про свій діабет і лікувалися.

Гіперглікемія сама по собі є фактором підвищення смертності від COVID-19 — це довело когортне дослідження, проведене у Великій Британії. Глікозильований гемоглобін, як відомо, є показником тривалого рівня глікемії, тож, чим довше до інфікування коронавірусом хвора людина знаходилася у стані декомпенсації ЦД, тим більшим є ризик втратити такого пацієнта. Важливо зазначити, що при цьому значущою є не тільки вихідна декомпенсація діабету, але й сама по собі гіперглікемія.

Це означає, що гіперглікемія може бути не тільки проявом цукрового діабету, а й так званим, «стресорним» феноменом (або стресорна гіперглікемія). Це добре описано при гострому інсульті та інфаркті і говорить про наступне: якщо у людини в цих станах (у тому числі з COVID-19) наявна гіперглікемія, то вона свідчить про виражений стрес для організму, що прогнозує гірший перебіг захворювання. Крім того, у цьому випадку гіперглікемія є не стільки причиною гіршого фіналу, скільки маркером більш тяжкого перебігу хвороби.

Важливо також підкреслити, що контроль рівня глюкози крові у пацієнтів з ЦД допомагає пом'якшити наслідки COVID-19. Це було показано, приміром, у великому ретроспективному багатоцентровому дослідженні, проведеному в Китаї за участі 7337 пацієнтів з COVID-19 з ЦД та без нього.

В ньому також порівняли показники смертності при задовільному і поганому контролі глікемії і виявили, що при добре контрольованому рівні глюкози крові (верхня межа ≤ 10 ммоль/л) смертність складає 1,1%, а при поганому контролі рівня глюкози крові (верхня межа > 10 ммоль/л) – 11%. Отже, компенсація діабету дозволяє досить легко перенести коронавірусну хворобу таким пацієнтам, і навпаки – поганий контроль ЦД значно підвищує ризик смертності від COVID-19.

ВЗ Якими є потенційні імовірні причини і механізми підвищеного ризику інфекцій у людей з ЦД?

– Сьогодні ми можемо тільки припускати, що довготривалий субоптимальний глікемічний контроль може порушувати певні аспекти імунної відповіді на вірусну інфекцію та потенційні вторинні бактеріальні інфекційні процеси в легенях.

Ускладнення діабету та часті коморбідні стани – діабетична нефропатія, ожиріння, ішемічна хвороба серця тощо – додатково ускладнюють ситуацію для осіб з діабетом, ослаблюючи їх здоров'я в цілому, зменшуючи їхній потенціал спротиву інфекції, і, у такий спосіб, збільшуючи тяжкість перебігу COVID-19.

Цукровий діабет підвищує ризики захворіти на COVID-19 чи навпаки?

ВЗ Як гіперглікемія може погіршувати перебіг та прогноз COVID-19?

– Гіперглікемія, пов'язана з інсулінорезистентністю, яка, своєю чергою, сприяє збільшенню вироблення прозапальних цитокінів, що беруть участь у цитокіновому штормі, який відіграє ключову роль у розвитку пневмонії.

Крім цього, певну роль відіграють порушення функції ендотелію, що є притаманним хворим на діабет, а також активація тромбоцитів, адже відомо, що при COVID-19 тромбози є доволі частим ускладненням, яке призводить до мультиорганного ураження організму людини.

Отже, всі ці аспекти в комплексі є проявами цукрового діабету і метаболічного синдрому. Тож людина із діабетом на момент захворювання вже має комплекс порушень, які обумовлюють небезпечний перебіг COVID-19.

Несприятливий прогноз у осіб з діабетом імовірно є наслідком синдромної природи цього захворювання.

Важливо відзначити, що наразі є поки що одиничні, але дуже цікаві роботи, в яких показано, що *вірус SARS-CoV-2 може безпосередньо уражати β -клітини підшлункової залози*, негативно впливаючи на їх функції та виживаність аж до швидкого та тяжкого погіршення метаболічного контролю – *розвитку швидкої гострої інсулінової недостатності, а відтак формування ЦД 1 типу* у осіб з наявним на момент захворювання на COVID-19 діабетом або розвитку захворювання на діабет.

Цукровий діабет: як лікувати пацієнтів в умовах пандемії?

ВЗ Які особливості лікування COVID-19 у хворих на цукровий діабет?

– Говорячи про лікування коронавірусної хвороби у пацієнтів з цукровим діабетом, перш за все, маємо забезпечити хороший контроль глюкози у осіб з різними типами діабету. Першою чергою, варто дотримуватись стратегії, яка передбачає базально-болюсний режим або постійну подачу інсуліну за допомогою інфузомата для хворих на ЦД 1-го типу. Для постійної подачі застосовують аналоги інсулінів короткого терміну дії.

Для хворих на цукровий діабет 2-го типу слід зазначити, що неінсулінові препарати можуть використовуватися тільки у випадку середньої тяжкості перебігу хвороби, у решті випадків – використовують інсулін, а для людей у критичному стані – внутрішньовенне введення інсуліну (за допомогою інфузомата).

Важливо! Щодо дексаметазону! З одного боку, це – єдиний препарат, що підтвердив свою ефективність для лікування COVID-19. Але слід пам'ятати, що, як і інші кортикостероїди, він може провокувати підвищення глікемії та кортикоїд-асоційований діабет. Тож потрібно ретельно контролювати рівень глюкози, вводити інсулін (особливо після обіду та перед вечерею, коли теж можливе підвищення рівня глікемії).

Підсумовуючи, варто навести результати ще LIRA-PRIME – рандомізованого дослідження ліраглутиду у порівнянні з пероральними цукрознижувальними препаратами в умовах первинної ланки медичної допомоги у пацієнтів з ЦД 2 типу, неконтрольованим за допомогою метформіну. Це дослідження в контексті COVID-19 цікаве тим, що ще раз підтверджує важливість досягнення компенсації ЦД вже на етапі первинної ланки.

Стратегії контролю рівня глюкози у пацієнтів з COVID-19 та різними типами цукрового діабету

Цукровий діабет 1 типу	Цукровий діабет 2 типу	Глюкокортикоїд-асоційований діабет
<ul style="list-style-type: none"> Оптимальним лікуванням є інсулінова помпа або базально-болюсний режим. У якості препаратів першого вибору рекомендовані аналоги інсуліну. 	<ul style="list-style-type: none"> У пацієнтів з незначною тяжкістю COVID-19 та незначним/помірним підвищенням рівня глюкози можуть застосовуватися неінсулінові цукрознижувальні препарати. У пацієнтів з гарячкою або хворих, які отримують глюкокортикоїди, препаратом першого вибору є інсулін. У пацієнтів у критичному стані рекомендоване внутрішньовенне введення інсуліну. 	<ul style="list-style-type: none"> Глюкокортикоїд-індуковане підвищення глюкози часто виникає після обіду і триває до ночі. Тому, важливо моніторувати рівень глюкози після обіду та перед вечерею. Препаратом першого вибору є інсулін.

Зокрема, у дослідженні з'ясувалося, що саме необхідно додавати для інтенсифікації терапії для досягнення адекватного контролю захворювання – антагоністи рецептора глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1), зокрема, ліраглутид чи метформін?

Дослідженням було доведено, що ліраглутид допомагав учасникам контролювати рівень цукру в крові на 44 тижні довше, якщо порівняти із застосуванням інших препаратів.

Окрім того, висновки дослідження продемонстрували, що:

ліраглутид характеризувався перевагою над пероральними цукрознижувальними препаратами у аспекті часу до неадекватного глікемічного контролю (109 проти 65 тижнів);

час до передчасного припинення лікування з будь-якої причини був достовірно довшим для ліраглутиду порівняно з пероральними цукрознижувальними препаратами (80 проти 52 тижнів);

у пацієнтів з діабетом в умовах реальної клінічної практики на рівні первинної ланки медичної допомоги інтенсифікація лікування за допомогою ліроглутиду порівняно з іншими препаратами призводила до кращої підтримки глікемічного контролю, більш вираженого зниження HbA1c та маси тіла (що також важливо, з огляду на негативну роль ожиріння при COVID-19) на тлі однакової частоти небажаних побічних ефектів та гіпоглікемічних епізодів. На тлі прийому ліраглутиду більша кількість учасників припиняла лікування у зв'язку з шлунково-кишковими побічними ефектами.

Отже, головний висновок – люди, хворі на діабет, мають високий ризик госпіталізації і смертності у зв'язку із COVID-19. Однак, якщо лікарі мало чим

можуть зарадити (за відсутності сталого позитивного ефекту масової вакцинації) відносно профілактики COVID-19, то забезпечити кращий контроль діабету цілком можливо. Адже, чим краще вдається контролювати діабет ще до того, як людина захворіє на коронавірусну хворобу, тим легшим буде перебіг і кращим прогност захворювання для пацієнта.

Тетяна СТАСЕНКО, «ВЗ»

КЛІНІЧНА ДЕПРЕСІЯ І COVID: ПРОГНОЗ ЗАЛЕЖАТИМЕ ВІД АДАПТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Приводів для депресивного стану сьогодні чимало, тож пригнічений настрій пацієнта часто лишається поза увагою лікаря, не насторожує його, не змушує підозрити психічний розлад, що розвинувся і потребує медичного втручання.

Про важливість профілактики, вчасного виявлення і корекції порушення психічного здоров'я, яке виникає або загострюється у людини на тлі коронавірусної інфекції, розповідає доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, заступник директора з медичної частини ННМК «Університетська клініка» ХНМУ, керівник Центру психосоматики та психологічної реабілітації, керівник Центру лікування болю Володимир Коростій.

ВЗ Зараз багато повідомлень, зокрема з європейських країн про зростання кількості випадків депресії серед населення. А яка ситуація в Україні?

Володимир КОРОСТІЙ, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної пси-

хології Харківського національного медичного університету, заступник директора з медичної частини ННМК «Університетська клініка» ХНМУ, керівник Центру психосоматики та психологічної реабілітації, керівник Центру лікування болю

— Якщо порівнювати ситуацію в Україні з європейськими даними, маємо відразу визнати, що наша офіційна статистика точно не дозволяє досягнути справжній стан речей. Почасти через те, що у період карантину доступ пацієнтів до психіатра був певною мірою обмежений, тож встановити діагноз «депресія» було складно. Натомість зараз вже опубліковано дані незалежних досліджень, з яких виходить, що в Україні більше випадків депресивних розладів, порівняно з Європою, але дещо менше тривожних розладів. Звичайно ж, ці дані приблизні і ця різниця не є надто достеменною, та все ж дозволяє зробити висновок про те, що ми не дуже відрізняємося в цьому плані від європейців.

Щодо динаміки розповсюдженості психічних розладів під час пандемії, даних епідеміологічних досліджень поки теж немає. Але такі дослідження проводяться і найближчим часом будуть опубліковані.

Приміром, ми в своїй клініці проводимо дослідження психічного стану пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу, госпіталізуються до клініки в період пандемії коронавірусної хвороби. Підкреслюю, що це пацієнти, перевірені шляхом ПЛР тестування на відсутність коронавірусної інфекції. На етапі звернення у 70-80% пацієнтів лікарі констатують високий рівень тривоги і депресії, який досягає клінічної патологічної виразності. Після госпіталізації цей рівень стрімко знижується і ми виявляємо тривожно-депресивні розлади на тому ж рівні, що й у решти популяції — це близько 10-15% пацієнтів від загального числа госпіталізованих людей.

Тобто, на сьогоднішній день, спираючись на клінічний досвід, можна говорити про те, що наразі є традиційна сезонна хвиля поширення осінньої депресії, є тенденція до загострення хронічних психічних захворювань, зокрема періодичної депресії, у зв'язку з перенесеною COVID-інфекцією і є психологічні депресивні реакції на пандемію та інфодемію. Власне, наразі це єдині висновки, які можна робити. Далі будуть результати досліджень та вже зараз зрозуміло, що психічне здоров'я громадян буде гіршим, ніж до пандемії.

ВЗ На Вашу думку, частіше йдеться про клінічну депресію чи про пригніченість через невизначену й складну ситуацію?

— Коли йдеться, наприклад, про людей, хворих на COVID-19 з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації, то майже 90% таких пацієнтів мають симптоми депресії, а інколи й посттравматичного стресового розладу. Але йдеться не про популяцію в цілому, а про когорту пацієнтів, які на даний момент недужі на доволі тяжке, довготривале й непередбачуване захворювання. За даними американських колег, які базуються на дослідженні більш як 60 тисяч хворих на COVID-19, вірогідність виникнення психічних розладів у наступні

15-90 днів після початку інфекції достовірно вища, ніж у популяції в цілому.

Отже, варто зважити на фактори, з якими пов'язана депресивна симптоматика, серед яких і невизначеність. Фактично, ми всі нині тільки звикаємо жити у цій змінній пандемією реальності. Приміром, зараз, коли ми вітаємо один одного з прийдешнім Новим роком, хочеться додати звичне: «Нехай всі негаразди залишаться у році, що йде». Та, на жаль, всі ми чудово розуміємо, що проблема «COVID-19» не зникне нікуди у новорічну ніч. Це даність, яку потрібно просто прийняти, бо світ прискорюється, в ньому залишається все менше сталості. Тож, аби не перетворитися на схильну до депресії особистість, необхідно розвивати адаптаційну реакцію — залишити невинуватені сподівання і не плекати марні надії — «от ще трошки, і все закінчиться», «почнеться вакцинація, і можна буде забути про COVID» тощо. На жаль, так ми тільки погіршуємо своє становище, адже щоразу на невинуватені очікування буде депресивна реакція, бо люди так влаштовані: ми прогнозуємо щось, коли це стається — ми задоволені, а як ні — реагуємо поганим/депресивним настроєм. Отже, моя порада як психіатра, прийняти реальність такою як є, і спробувати подивитися на все під іншим кутом, бо саме несподіваність/невизначеність урізноманітнює наше життя, не дає загрузнути в рутині і нудьгувати.

ВЗ Як можна запобігти ускладненням з боку психічного здоров'я у людей після перенесеної коронавірусної хвороби?

— Ми з колегами давно взяли за правило працювати на випередження. Сьогодні вже відомо, що у більшості пацієнтів, які мають якісь хронічні патології — чи то артеріальна гіпертензія, чи дихальна недостатність, стенокардія або психічний розлад у вигляді панічних атак чи депресій, на тлі COVID спостерігається загострення. Інше питання, наскільки виразно це відбуватиметься, чи доведеться залучати для корекції спеціалістів (в нинішніх умовах доступ до вторинної ланки та спеціалізованої медицини дещо обмежений). Тож у нас в клініці працює програма реабілітації, яку ми розробили для пацієнтів з ризиком розвитку таких ускладнень (ще до того, як вони проявлять себе клінічно). Визначити ризики можна за лабораторними даними, психологічним тестуванням тощо. А людям, які ще не хворіли на COVID, я б радив підготуватися до цього. Наприклад, не завадить оволодіти дихальною гімнастикою.

ВЗ Зараз багато повідомлень про те, що коронавірус впливає на розвиток мозкової дисфункції, як це може позначитися на лікуванні?

— Всі дані, що публікуються нині — це поки що тільки пожива для роздумів. Вони ще потребують перевірки. Серед них є зовсім песимістичні припущення про здатність цієї інфекції провокувати психічні розлади, але є й обнадійливі. Наприклад, повідомлялося про те, що антидепресант Флувоксамін, якщо призначається в ранньому періоді після перенесеної інфекції, крім того, що запобігає депресивному розладу, ще й зменшує ризик тяжких фізичних ускладнень. Припускається, що

спрацьовує психосоматичний механізм — покращення настрою сприяє швидкій реабілітації пацієнта і мінімізації ускладнень. За іншою гіпотезою, це безпосередній вплив препарату на біохімічному рівні — антидепресант діє на сигма-рецептори головного мозку, які беруть участь у регуляції цитокінів. Тож, можливо, ці властивості будуть використані як захід профілактики ускладнень коронавірусу.

Отже, процес накопичення інформації і дослідження продовжуються, аби ми мали більш чіткий алгоритм профілактики ускладнень, у тому числі, й профілактики депресій.

ВЗ Як виявити клінічну депресію і чи може це робити сімейний лікар?

— Людина з вже розвинутою депресією навряд чи звернеться по медичну допомогу. В такому стані важко це зробити, настільки ж, як і встати з ліжка, почистити зуби, вмитися, комусь зателефонувати, а тим більше записатися через систему HELSI до сімейного лікаря. Але без медичного втручання важка депресія може призвести до трагічних наслідків.

При депресивних розладах легкого ступеня загальне функціонування не так сильно порушене: людина працює і загалом нормально себе обслуговує, виконуючи рутинну роботу. Єдиним симптомом недуги є відсутність радості від життя — ніщо не може викликати відчуття задоволення. І це є великою проблемою, адже саме задоволення від чогось є мотиваційним рушійним фактором до дії. Саме так легкі депресії стають тяжкою проблемою, адже призводять до того, що у людини зростає кількість соматичних захворювань, бо це один зі способів уникнути дій, які виконувати несила, алко-гольної аддикції й інших проблем.

Тому, виявляти депресію вчасно дуже важливо. В цьому сенсі будь-які скринінгові методи, котрі людина сама може застосувати, або їх запропонує лікар під час візиту (нехай і з іншого приводу), дуже корисні. Вони є у відкритому доступі, і це інший бік медалі, бо інколи може призводити до гіпердіагностики.

Отже, пригнічений настрій, відсутність задоволення від життя, раптова поява великої кількості фізичних негараздів, які не можна пояснити іншими чинниками, що триває понад два тижні, слід розцінювати як розвиток депресії і привід для медичного втручання.

Підсумовуючи, наголошу, що короткі депресивні реакції на певну проблему або ситуацію є цілком нормальною, а от симптоми, описані вище, — це один з критеріїв депресивного розладу.

Сімейні лікарі добре знайомі з критеріями визначення клінічної депресії, тож можуть виявити патологію і її ступінь. Клінічні протоколи, що діють сьогодні в Україні, дозволяють лікувати депресивний синдром легкого ступеня тяжкості на первинній ланці шляхом призначення фармакологічного лікування, застосування психотерапії. Але первинним пацієнтам з легкою депресією перед тим радять спробувати відновити звичний активний спосіб життя. У близько 30% таких пацієнтів це усуває необхідність прийому антидепресантів.

ВЗ В яких випадках сімейний лікар має направляти пацієнта до психіатра, а коли може самостійно призначати лікування?

— Існує досить чіткий перелік ситуацій, коли необхідно направляти пацієнта до психіатра:

— наявність хронічного психічного розладу, який раніше визнавали таким, і про це відомо;

— підозра, що цей розлад не є депресією, а іншим психічним (а, тим більше психотичним) розладом. У випадках, коли є загроза для життя пацієнта чи його оточуючих, людину необхідно направляти до психіатра невідкладно;

— ускладнена депресія або розлад особистості до появи депресії;

— зловживання алкоголем або психоактивними речовинами.

В усіх цих випадках необхідна консультація психіатра. У більшості випадків після консультації психіатра пацієнт потрапляє під курацію сімейного лікаря. Але психіатричний діагноз (рекурентного депресивного розладу, або біполярного розладу тощо) може встановлювати тільки психіатр.

ВЗ Як би Ви оцінили можливості сучасної фармакотерапії клінічної депресії?

— Сьогодні фармакотерапія депресії є набагато більш доступною, безпечною і ефективною, ніж це було, скажімо, два десятиліття тому. Наразі ми маємо значний перелік препаратів антидепресантів, які можемо призначити людям з легкою депресією без остраху небажаних побічних ефектів. Завдяки цьому застосування фармакотерапії значно розширилося. Але слід враховувати, що ефект антидепресанту розвивається з часом. Найчастіше, покращення можна очікувати протягом 4-6 тижнів. Тож, якщо є якісь проблеми, що потребують більш оперативного розв'язання, приміром, порушення сну, апетиту або тривоги, слід призначити додаткові фармакологічні засоби, які здатні відкоригувати ці стани швидше.

При цьому часто застосовують фітопрепарати, але варто застерегти пацієнтів від самолікування ними. Приміром, екстракт звіробою дійсно володіє потужними антидепресивними властивостями, настільки потужними, що ліки на основі звіробою навіть не є препаратами першого вибору, а призначаються тільки в разі невдачі при застосуванні препаратів групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, препаратів подвійної дії тощо, і тільки потім, у якості посилення терапії застосовують екстракт звіробою.

Крім того, є чимало гомеопатичних і фітопрепаратів, яким приписують антидепресивну дію, але доведеного ефекту вони не мають. І немає сенсу приймати ліки для корекції настрою (нехай і гомеопатичні) здоровим людям. Здорова людина здатна покращити свій настрій в інший спосіб.

ВЗ Які причини депресії і чи можна на них впливати?

— Розрізняють ендогенну і екзогенну природу депресії. Для частини людей, депресивний розлад є хво-

робою, до якої вони мають генетичну схильність. Це може бути реалізовано у вигляді рекурентного депресивного розладу, або біполярного розладу. На генетичну причину ми впливати сьогодні не можемо. Натомість завжди можемо застосувати здорові механізми запобігання розвитку захворювання. Всім нам, незалежно від генетичної схильності, важливо дотримуватися здорового способу життя. Наприклад, забезпечити повноцінний нічний сон, який сприятиме адекватному виробленню мелатоніну, що є попередником серотоніну, активність якого і доводиться коригувати антидепресантами.

Отже, є прості природні способи регуляції механізмів, що впливають на наш настрій:

- достатня фізична активність;
- продуктивний відпочинок (медитація, наприклад, або будь-що інше, що приносить задоволення і сприяє зменшенню напруги);
- здорове різноманітне харчування тощо.

Забезпечивши цим загальний рівень здоров'я, можемо покладатися на певний адаптаційний резерв, що у випадку непередбачених обставин вбереже нас від розвитку серйозної депресії. Насправді, з нами повсякчас відбувається безліч неприємних речей, які викликають тривогу, негативні емоції тощо, але при цьому не порушується фізичне здоров'я, людина не відчуває себе хворою: немає слабкості, тахікардії, порушень дихання або інших фізичних симптомів клінічної депресії. У цьому і полягає різниця між депресією і адаптивною реакцією.

Ще однією причиною розвитку клінічної депресії є екзогенний фактор — зовнішні чинники, у тому числі органічне ураження мозку в наслідок інсульту, нейродегенеративного захворювання або вірусної інфекції. Давно відомо, що будь-який штам грипу, інші вірусні інфекції можуть стати причиною мозкової дисфункції, і COVID-19 в цьому сенсі не є винятком.

Тетяна СТАСЕНКО, «ВЗ» ■