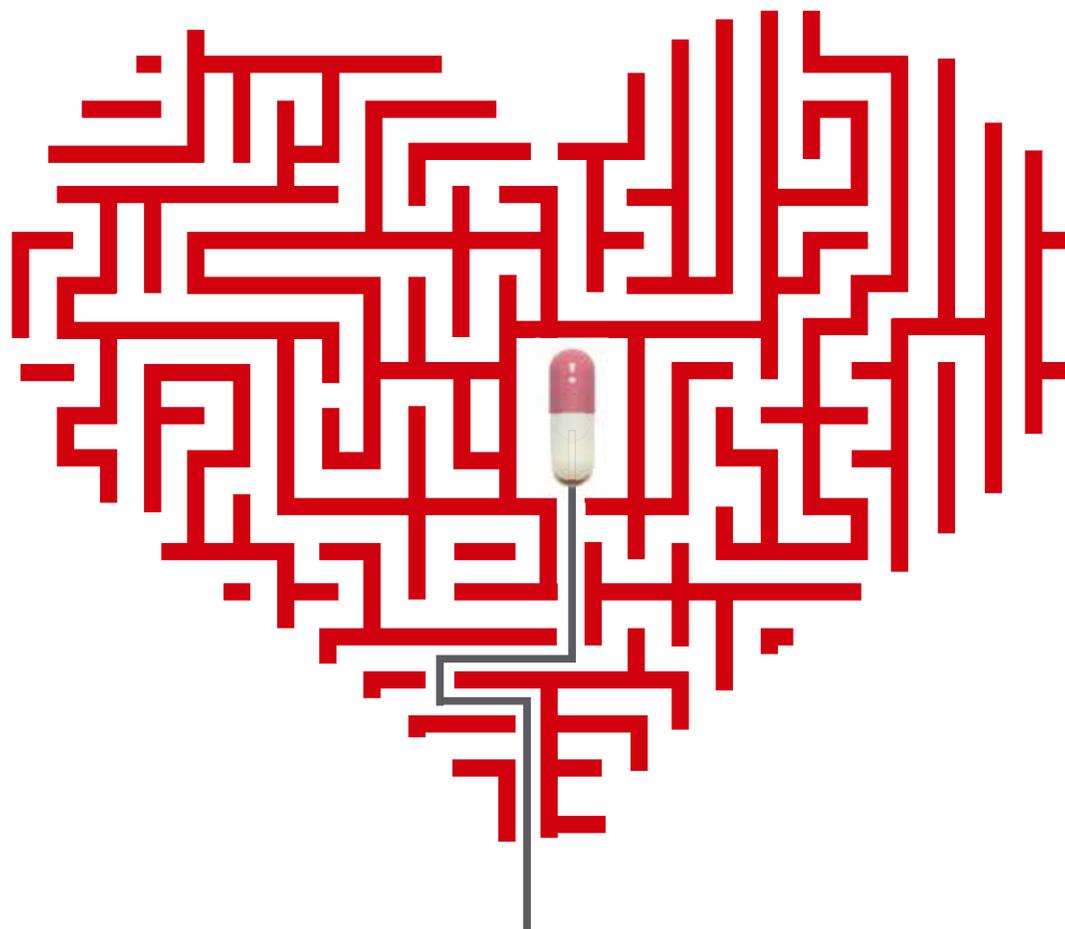


Інноваційна терапевтична стратегія  
вторинної профілактики серцево-судинних захворювань

Концепція поліпш схвалена World Heart Federation<sup>1</sup>



# ТРИНОМІЯ

ацетилсаліцилова кислота • аторвастатин • раміприл

Простий вихід для підвищення прихильності до терапії<sup>2, 3</sup>



## 3 КОМПОНЕНТИ В 1 КАПСУЛІ<sup>4</sup>

- Зменшення ризику серцево-судинних подій<sup>5</sup>
- Прийом 1 раз на добу<sup>4</sup>
- Економічна доцільність<sup>6</sup>

**Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Триномія. Діючі речовини:** 1 капсула містить 100 мг кислоти ацетилсаліцилової, 21,69 мг аторвастатину кальцію тригідрату (еквівалентно 20 мг аторвастатину) та 2,5 (або 5, або 10) мг раміприлу.  
**Лікарська форма:** капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази, інші комбінації. **Показання:** вторинна профілактика ускладнень з боку серцево-судинної системи в якості замісної терапії, коли забезпечується адекватний контроль при терапії монокомпонентними засобами в еквівалентних терапевтичних дозах у дорослих пацієнтів. **Побічні реакції:** запалення шлунково-кишкового тракту, розлади травлення, дискомфорт у животі, печія, нудота, блювання, біль у шлунку, діарея, запор, метеоризм, мікрокровотеча, пароксизмальний бронхоспазм, сильна задишка, закладеність носа, риніт, назофарингіт, висипання, алергічні реакції, фаринголарингеальний та головний біль, міалгія, артралгія, біль у грудях, кінцівках та спині, набряк суглобів, гіперглікемія, відхилення функціональних проб печінки, підвищення рівня креатинінази та калію в крові, артеріальна гіпотензія, ортостатичне зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, стомлюваність. **Протипоказання:** гіперчутливість до компонентів препарату, інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) та інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ); астма в анамнезі або інші алергічні реакції, спричинені застосуванням НПЗЗ; гострі пептичні виразки; гемофілія та інші порушення згортання крові; ниркова, печінкова або серцева недостатність важкого ступеня; гемодіаліз; артеріальна гіпотензія; наявне захворювання печінки або постійне підвищення рівня трансаміназ сироватки більш ніж у 3 рази порівняно з нормою, що не має пояснень; вагітність, годування груддю; сумісне застосування з типранавіром, ритонавіром, циклоспорином або метотрексатом; ангіоневротичний набряк в анамнезі; виражений двосторонній стеноз ниркових артерій або в одній функціонуючій нирці. **Фармакологічні властивості:** ацетилсаліцилова кислота необоротно інгібує агрегацію тромбоцитів через ацетилювання циклооксигенази, що необоротно інгібує синтез тромбоксану А<sub>2</sub>; аторвастатин є селективним конкурентним інгібітором ГМГ-КоА-редуктази; раміприлат, активний метаболіт проліків раміприлу, інгібує АПФ.  
**Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** UA/15408/01/01, UA/15409/01/01, UA/15410/01/01 від 29.08.2016. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909. World Heart Federation — Всесвітня федерація серця.

1. Yusuf S. et al. Lancet. 2015 Jul 25;386(9991):399–402. 2. Castellano J.M. et al. Int J Cardiol 2015; 201 (S1):S8–S14. 3. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381. 4. Інструкція для медичного застосування препарату Триномія. 5. Kolte D. et al. Expert Opin Investig Drugs. 2016 Sep 22:1–10. 6. Becerra V. et al. BMJ Open. 2015 May 9;5(5):e007111.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua



# Сердечно-сосудистая профилактика у пациентов высокого риска: достичь желаемого или желать достигнутого?

Сегодня в профессиональной медицинской деятельности ощущается острая потребность в четких алгоритмах действий для любой ситуации. С другой стороны, как никогда востребована способность поступать в соответствии с обстоятельствами, выбирая оптимальный вариант быстро и безошибочно. Кардиология в этом отношении не исключение, и вопросы «С какой целью?», «Кому?» и «Когда?» крайне актуальны, когда речь идет о назначении фармакотерапии. При внимательном прочтении современных рекомендаций можно получить исчерпывающие ответы на вышеперечисленные вопросы. При этом индивидуализированный подход остается приоритетным в принятии любых решений.



Как совместить соблюдение четких стандартов и индивидуализированный подход при осуществлении лечения и профилактики сердечно-сосудистых (СС) заболеваний и какую роль в этом играют фиксированные комбинации препаратов разнонаправленного действия — об этом мы побеседовали с заведующей кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктором медицинских наук, профессором Верой Иосифовной Целуйко.

**?** Вера Иосифовна, если мы говорим о стандартных подходах ко вторичной СС-профилактике, то в первую очередь хотелось бы обозначить категории пациентов, которым показана такая профилактика, а также мероприятия, которые она включает, и специалистов, назначающих фармакотерапию с этой целью...

— Вторичная СС-профилактика показана пациентам с установленными СС-заболеваниями атеросклеротической природы. Наибольшая группа — это пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе больные, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС) — эпизод нестабильной стенокардии и инфаркт миокарда (ИМ). Кроме того, во вторичной СС-профилактике нуждаются пациенты с цереброваскулярной патологией атеросклеротического генеза или заболеваниями периферических артерий. Комплексную терапию, направленную на профилактику осложнений ИБС или предупреждение повторного ОКС, пациенту могут назначить как в стационаре, так и на уровне первичного звена здравоохранения. Семейные врачи, терапевты, кардиологи, работающие в поликлинических отделениях, имеют возможность установить диагноз стабильной ИБС после того, как пациент прошел все необходимые обследования, и дать нужные рекомендации. При этом назначения обязательно должны включать, помимо симптоматической антиангинальной терапии, еще и прогноз-модифицирующие средства: ацетилсалициловую кислоту (АСК), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), статины.

**?** С какой целью назначаются эти препараты?

— АСК, ИАПФ и статины оказывают разнонаправленное влияние на патогенез атеросклеротического процесса. АСК воздействует на тромбоцитарное звено гемостаза, предупреждая агрегацию тромбоцитов, которая запускается при каскаде процессов патологического тромбообразования. ИАПФ улучшают функцию эндотелия и эластические характеристики крупных артерий, а также предотвращают сосудистое ремоделирование. Статины, помимо снижения уровня холестерина (ХС), обеспечивают противовоспалительный и вазопротекторный эффекты, что также способствует замедлению прогрессирования атеросклероза. В крупных клинических рандомизированных исследованиях с применением АСК, ИАПФ и статинов было продемонстрировано снижение риска смерти и СС-осложнений, в первую очередь ИМ и инсульта, у пациентов высокого риска, нуждающихся в профилактике повторных событий. При этом добавление каждого препарата к терапии, которая на тот момент считалась стандартной, приводило к усилению прогноз-модифицирующего эффекта. Сегодня назначение многокомпонентной терапии, направленной на улучшение выживаемости, является стандартным подходом в лечении пациентов с ИБС и другими заболеваниями, обусловливающими высокий и очень высокий СС-риск. Учитывая, что, кроме прогноз-модифицирующих препаратов, пациенты с ИБС должны принимать еще и симптоматические

средства для предупреждения и купирования приступов стенокардии, задачей врача является сохранение приверженности больных к приему многокомпонентной терапии, и в этом отношении большие возможности связаны с применением полипилл — фиксированных комбинаций препаратов разных групп. Востребованность во вторичной СС-профилактике полипилл, содержащих вещества, которые оказывают положительное влияние на прогноз, но отличаются механизмом действия, отражены в рекомендациях Европейского общества кардиологов (ЕОК) по профилактике СС-заболеваний (2016) и в руководстве по ведению пациентов со стабильной стенокардией и ИМ с подъемом сегмента ST (2017).

**?** Полипилл Триномия® уже год представлен на украинском рынке. Расскажите, пожалуйста, о том, какие преимущества связаны с применением компонентов Триномии.

— В состав полипилл Триномия® входят АСК (100 мг), ИАПФ рамиприл (2,5; 5 и 10 мг), аторвастатин (20 мг); каждый из них обладает убедительной доказательной базой в области вторичной СС-профилактики. ИАПФ рамиприл продемонстрировал влияние на прогноз пациентов с высоким риском СС-заболеваний или высоким риском их развития, и наиболее часто цитируемым исследованием в его доказательной базе является исследование HOPE. Результаты многочисленных субанализов HOPE в различных выборках пациентов (после ИМ, с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью, нарушенной функцией почек и другими состояниями) позволили сделать вывод о наличии у рамиприла не только антиатеросклеротических, но и выраженных органопротекторных свойств, которые во многом обуславливают снижение риска СС-осложнений и смерти у больных высоким риском. Несмотря на то что со времени исследования HOPE прошло 15 лет, рамиприл остается эталонным представителем своей группы с наибольшей доказательной базой, что позволяет рассматривать его как универсальный ИАПФ, который можно назначить пациентам высокого и очень высокого риска практически в любых клинических ситуациях. Что касается АСК и аторвастатина, то, думаю, излишне будет перечислять те данные, которые стали основанием для включения этих препаратов в международные рекомендации по ведению пациентов, нуждающихся во вторичной СС-профилактике. В настоящее время более актуальным является обеспечение приверженности больных к такой терапии. Последнюю задачу с успехом можно решить путем назначения Триномии, сократив количество таблеток, которые вынуждены принимать пациенты с ИБС с четырех-пяти (с учетом антиангинальных средств) до двух.

**?** И тем не менее в реальных условиях часто приходится задумываться об удешевлении терапии. В рамках программы «Доступные лекарства», которая стартовала в Украине в 2017 году, в перечень препаратов, стоимость которых возмещается пациентам, включены клопидогрель, ИАПФ эналаприл и симва-статин. Может ли комбинация клопидогрель + эналаприл + симва-статин обеспечить те же клинические эффекты, что и комбинация АСК + рамиприл + аторвастатин?

— Во-первых, симва-статин сегодня не рассматривается как препарат для проведения высокоинтенсивной статинотерапии, что отражено в рекомендациях по контролю уровня ХС Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца (2013). Американские эксперты рекомендуют для пациентов очень высокого риска применять статины с наиболее сильным гиполипидемическим эффектом — аторвастатин и розувастатин. Но и у нас уже сложилось

представление о симва-статине, как о препарате, который в большей степени подходит для первичной СС-профилактики: он не обладает столь выраженным гиполипидемическим действием, как два вышеупомянутых статина, и его можно применять только в низкой и средней дозах, которые не позволяют достичь целевых уровней ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у большинства пациентов. Если нет другого выхода, то симва-статин — это лучше, чем ничего. Но в таком случае мы рискуем оказаться в ситуации, когда «не достигнув желаемого, сделаем вид, что желали достигнутого».

Что касается эналаприла, то он обладает доказательной базой в области лечения артериальной гипертензии (АГ) и сердечной недостаточности. Но таких убедительных данных, какие были получены для рамиприла в исследовании HOPE в отношении СС-профилактики, улучшения выживаемости и снижения риска развития ИМ и инсульта, у эналаприла нет. Таким образом, нет уверенности, что эналаприл будет также эффективен во вторичной СС-профилактике, как рамиприл.

Наконец, клопидогрель — антиагрегант, который рассматривается как предпочтительный для лечения пациентов с периферическим атеросклерозом при локализации бляшек в сонных или периферических артериях (Рекомендации ЕОК, 2016). Согласно рекомендациям по лечению СС-заболеваний атеросклеротического происхождения препаратом номер один является АСК, а клопидогрель используется как дополнение для проведения двойной антитромбоцитарной терапии. Клопидогрель может быть альтернативой АСК при ее непереносимости. Но проводить параллели между этими двумя антиагрегантами, на мой взгляд, необоснованно.

**?** Вы упомянули, что статины имеют определенные ниши для применения, в частности, симва-статин не подходит для проведения высокоинтенсивной статинотерапии у пациентов очень высокого риска. Возможно, существуют и другие критерии, в соответствии с которыми конкретные представители группы имеют преимущества в каких-то ситуациях?

— Розувастатин обеспечивает несколько более выраженный гиполипидемический эффект, поэтому может рассматриваться для лечения пациентов с очень высоким уровнем ХС ЛПНП, трудно поддающимся коррекции. Однако не так часто мы сталкиваемся с ситуациями, когда при постоянном приеме аторвастатина, даже в средних дозах, нельзя добиться необходимого снижения ХС ЛПНП. В то же время пациенты с нарушенной почечной функцией в нашей практике не редкость, а при сниженной скорости клубочковой фильтрации возможности применения розувастатина, который выводится через почки, ограничены. Аторвастатин можно применять у таких больных без коррекции дозы, поэтому я рассматривала бы его как препарат, который подходит для большинства клинических ситуаций. К тому же аторвастатин имеет более обширную доказательную базу, и именно его применяли во всех клинических исследованиях, результаты которых впоследствии стали основанием, чтобы рекомендовать статинотерапию в качестве стандартного подхода в лечении пациентов высокого и очень высокого риска самых разных категорий. Наконец, все же мы говорим сегодня о преимуществах полипилл во вторичной СС-профилактике. И коль скоро мы имеем в наличии полипилл с аторвастатином и возможность обеспечения постоянного и длительного приема этого статина наряду с другими препаратами для предупреждения СС-осложнений у пациентов высокого риска, то следует назначать его, не теряя времени на дискуссии.

**?** Что делать в ситуации, когда нет возможности определить уровень ХС ЛПНП? Какие аргументы следует использовать в таких случаях, назначая пациенту аторвастатин? И существуют ли основания для его последующей отмены?

— С трудом верится, что в наши дни есть такие медицинские учреждения, где невозможно оценить уровень

Продолжение на стр. 20.

## Сердечно-сосудистая профілактика у пацієнтів високого ризику: досягти бажаного или желать достигнутого?

Продолжение. Начало на стр. 19.

ХС ЛПНП или хотя бы общего ХС. Если врач не определяет уровень ХС, то, соответственно, он не может оценивать СС-риск по шкале SCORE в тех случаях, когда это необходимо (но не в случае ИБС, при которой риск рассчитывается другим способом). Следовательно, врач не соблюдает стандарты ведения кардиологических пациентов. Однако даже если допустить такую ситуацию, то прежде всего следует вспомнить, что статины назначают пациентам высокого и очень высокого СС-риска для того, чтобы снизить риск смерти и продлить жизнь. Поэтому всем больным, которые относятся к этим группам, следует назначать статинотерапию. При этом и врач, и пациент должны понимать, что достижение целевых уровней ХС ЛПНП – не повод для отмены статинов, которые нужно принимать длительно (пожизненно). Вескими основаниями для прекращения приема статинов являются значительное повышение уровней печеночных ферментов (превышение верхней границы нормы (ВГН) более чем в 3 раза) или креатинфосфокиназы (более чем в 5 раз выше ВГН). Без этих причин отмену статинов следует трактовать как врачебную ошибку.

**?** В каких случаях назначение Триномии – лучшее решение? Зависит ли это решение от того, где и у кого пациент лечится – в стационаре или в поликлиническом отделении; у кардиолога, семейного врача, терапевта?

– Как я уже говорила, комплексную прогноз-модифицирующую терапию пациентам с ИБС должен назначить любой врач, который поставил данный диагноз, независимо от того, в каком учреждении осуществляется лечение. Поликапсула Триномия® может быть назначена в стационаре сразу после установления диагноза, а также в поликлинике пациентам, которые уже получают все три компонента в виде монопрепаратов. Например, пациенту, перенесшему ИМ, в стационаре, вероятнее всего, будут назначены рамиприл и аторвастатин

в максимальных дозах, что соответствует рекомендациям по ведению таких больных. Но очевидно, что при исходно невысоких уровнях артериального давления (АД) и ХС ЛПНП эти показатели будут хорошо контролироваться с помощью средних доз рамиприла и аторвастатина, поэтому вполне обоснованным будет назначение Триномии, включающей аторвастатин в дозе 20 мг и рамиприл в дозе 5 мг. У больных без повышенного АД оптимальным выбором будет назначение Триномии с дозировкой рамиприла 2,5 мг. В целом же, я думаю, назначение Триномии будет оправданным у большинства пациентов с ИБС, особенно у тех, кто уже получал АСК, ИАПФ и статин и хорошо их переносили.

Триномия® – препарат выбора у многих пациентов очень высокого СС-риска, несмотря на среднюю дозу аторвастатина в составе этой поликапсулы. Во-первых, именно дозу аторвастатина 20 мг чаще всего назначают украинские врачи первичного звена здравоохранения. Дозу 80 мг пациенты чаще всего получают в стационаре непосредственно после развития ОКС или ИМ; нечасто встречается в назначениях и доза 40 мг. Можно по-разному объяснять этот факт, но на сегодня это наша реальность. Поскольку разница в снижении ХС ЛПНП при приеме аторвастатина в дозах 20 и 40 мг будет составлять всего лишь около 6%, то гораздо большей пользы можно ожидать от длительного приема аторвастатина 20 мг в составе фиксированной комбинации, чем от приема 40 мг, который будет краткосрочным из-за невозможности принимать несколько таблеток каждый день. Кроме того, далеко не у всех наших больных ИБС исходный уровень ХС ЛПНП чрезвычайно высокий, и в ряде случаев можно добиться целевых цифр с помощью назначения средних доз статинов и соблюдения диеты. Все эти пациенты могут принимать вместо нескольких монопрепаратов всего одну поликапсулу, которая будет снижать риск смерти и СС-осложнений.

Очень важно, что Триномию можно назначить и пожилым пациентам (старше 75 лет), у которых

применение статинов требует некоторой осторожности. Например, американские эксперты считают, что у таких больных проведение интенсивной статинотерапии нецелесообразно.

**?** Достаточно часто в клинической практике встречаются пациенты с сочетанием ИБС и АГ. Как совместить назначение фиксированной комбинации, предназначенной для вторичной СС-профилактики (Триномии), и двойной/тройной антигипертензивной терапии?

– Следует использовать индивидуальный подход с учетом степени АГ. Исходя из этого, в определенных ситуациях даже отсутствует необходимость выбирать между этими комбинациями. Если уровень АД невысокий, то рамиприл в дозе 10 мг в составе Триномии обеспечит эффективный контроль АД.

У пациентов с выраженной АГ (систолическое АД  $\geq 180$  мм рт. ст.) монотерапия рамиприлом, как и любым другим антигипертензивным препаратом, будет неэффективна. Согласно современным рекомендациям при АГ 2 и 3 степени следует сразу назначать комбинированную антигипертензивную терапию, и в тех случаях, когда имеются трудности в его снижении (наличие сахарного диабета, хронической болезни почек), может возникнуть необходимость использовать тройные комбинации, включающие ИАПФ/сартан, диуретик и антагонист кальция. У таких пациентов к Триномии (в состав которой входит ИАПФ рамиприл) необходимо добавить двойную антигипертензивную фиксированную комбинацию антагониста кальция и диуретика. Если же можно обойтись без диуретика, и при этом есть необходимость контролировать симптомы стенокардии, можно остановить свой выбор на комбинации антагониста кальция и  $\beta$ -блокатора, в том числе применяя фиксированные комбинации этих молекул.

Таким образом, даже в сложных клинических ситуациях пациентов с ИБС и АГ есть возможность сократить количество таблеток с пяти до двух и обеспечить наряду с приемом прогноз-модифицирующей терапии эффективный контроль АД и стенокардии.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

Статья печатается при содействии ООО «Такеда Украина».

UA/TRIN/0518/0009

## НОВИНИ МОЗ УКРАЇНИ

### Міністерство охорони здоров'я України уклало договори з міжнародними організаціями, що закуповуватимуть ліки за кошти бюджету 2018 року

Уже найближчим часом міжнародні організації зможуть оголосити тендери.

«Системні зміни не бувають швидкими. Знадобився час, аби налагодити процес закупівель, – зазначила Уляна Супрун, виконувач обов'язків міністра охорони здоров'я. – Проте за цей час механізм міжнародних закупівель довів свою економічну ефективність і дав нам змогу забезпечити лікуванням більшу кількість пацієнтів. Рік у рік ми показуємо позитивну динаміку в графіку закупівельного процесу й щоразу пришвидшуємо його».

Цьогоріч закупівлі здійснюватимуться за 40 напрямками державної програми на загальну суму 5,9 млрд гривень. Закупівлі препаратів для України здійснюватимуть Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), британська закупівельна агенція Crown Agents, з якими МОЗ уже співпрацювало в напрямі закупівель раніше.

Усі організації визначені ухваленим парламентом законом і мають значний досвід у галузі медичних закупівель. Так, ЮНІСЕФ працює у 190 країнах і є світовим лідером у сфері закупівель вакцин. ПРООН діє у 170 країнах, допомагаючи їм у забезпеченні сталого розвитку й подоланні бідності. Crown Agents працює в понад 100 країнах і має 185 років досвіду в галузі міжнародних закупівель.

«Успішний досвід роботи з міжнародними організаціями в питанні закупівель ліків показав, що ми рухаємось у правильному напрямку. Водночас ми продовжуємо працювати над покращенням механізму закупівель. Цього року з огляду на рекомендації Рахункової палати ми вдосконалили укладені договори», – зауважила заступник міністра охорони здоров'я Ольга Стефанишина.

Зокрема, в договорі узгоджені терміни тендерних процедур міжнародних організацій. Тобто вже на етапі підписання договору МОЗ погоджує терміни, необхідні для оголошення та проведення тендеру, оцінювання наданих пропозицій тощо.

Крім того, нова редакція договорів передбачає зміни умов оплати та запровадження поетапної оплати кожної програми. Відтепер МОЗ оплачуватиме препарати на етапі укладання договорів між міжнародними організаціями й постачальниками ліків. У кошторисах також зазначатиметься інформація про терміни поставок препаратів.

Нагадаємо, що 2015 року МОЗ почало закуповувати ліки через міжнародні організації – це дало змогу забезпечити більшу кількість пацієнтів якісними препаратами. Крім того, згідно з висновком Рахункової палати завдяки співпраці з міжнародними організаціями вдалося заощадити до 40% коштів державного бюджету, виділеного на закупівлю ліків.

«Ми спостерігаємо значний прогрес в організації міжнародних закупівель міністерством. Я вірю, що наша співпраця постійно зміцнюється, й підписання договору в квітні – це чудова новина, – наголосив Янтмас Хімстра, директор ПРООН в Україні. – Ми також

вітаємо роботу МОЗ у напрямі реформування національної системи закупівель і створення української агенції із закупівель як складової цього процесу».

«Дуже приємно спостерігати за тим, як поступово вдосконалюється система закупівель України завдяки впровадженню прозорих та узгоджених із міжнародними стандартами процесів, – зазначив Крістін Джексон, керівник проєктів Crown Agents. – Саме такі зміни роблять закупівлі ефективними, а це означає, що ступінь задоволення реальної потреби в життєво важливих ліках і медичних виробках постійно зростає й дедалі більше українців отримують якісне, інноваційне та своєчасне лікування».

«ЮНІСЕФ вітає можливість і надалі підтримувати МОЗ через закупівлю життєво необхідних вакцин і антиретровірусних препаратів, щоби забезпечити надійний захист від інфекційних хвороб для дітей та дорослих в Україні й доступ до безперервного лікування для людей, які живуть із ВІЛ/СНІД. ЮНІСЕФ також продовжить надавати технічну підтримку уряду щодо створення ефективної та прозорої національної системи закупівель», – підкреслила Джованна Барберіс, голова Представництва ЮНІСЕФ в Україні.

### Відбулось експертне обговорення концепції розвитку екстреної допомоги

10 липня МОЗ України за підтримки Реанімаційного пакета реформ (РПР) організувало обговорення концепції реформи екстреної медичної допомоги (ЕМД).

У зустрічі взяли участь експерти РПР і профільних громадських організацій, розробники та викладачі курсів першої медичної допомоги, а також співробітники київського Центру ЕМД та медицини катастроф.

Відкриваючи обговорення, заступник міністра охорони здоров'я Олександр Лінчевський наголосив: «Трансформація системи швидкої допомоги є запитом суспільства, й так само в ній зацікавлені самі працівники ЕМД. Але не може бути, щоби бачення таких важливих змін виходило від однієї особи. Пропозиції щодо конкретних заходів ми чекаємо насамперед від експертного середовища, необхідно виробити спільне рішення».

Основні положення концепції презентував Олександр Данилюк, головний спеціаліст Управління ЕМД та медицини катастроф МОЗ України. Найбільш дискусійними стали положення про додаткове навчання фельдшерів для отримання спеціалізації парамедиків. Утім, учасники погодились, що оскільки «парамедик» є новим терміном для України, в медичному середовищі ставлення до нього поки що є різним. Однак потреба в додатковому навчанні та вдосконаленні навичок надання ЕМД ні в кого не викликає сумнівів.

Окрім того, активна дискусія виникла навколо питання боротьби з непрофільними викликами бригад ЕМД (а це близько 73% усіх випадків). Це питання не дарма обговорювали найбільше, адже йдеться і про провітницьку роботу з пацієнтами, і про відповідальність за завідомо неправдивий виклик швидкої. У підсумку погодились, що проблема непрофільних викликів має високий пріоритет і в ході реалізації реформи ЕМД має отримати однозначне та зрозуміле вирішення.