

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ 5-й ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «Скорая помощь-2004» 4

СТАТЬИ

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ — ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	4
<i>А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксин</i>	
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	7
<i>В.М.Шайтор, А.Л.Егоров, А.Б.Бичур</i>	
ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ЛИ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ И ПРОТОКОЛОВ?	9
<i>С.Ф.Батенко, В.В.Стожаров</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	15
<i>А.М.Хаджибаев, Ю.Р.Маликов, М.У.Хусанов</i>	
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ, СИЛ И СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ВЕДОМСТВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ И КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	16
<i>Л.А.Мыльникова</i>	
К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ОПТИМАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СТАНЦИИ СМП Г. ЧЕЛЯБИНСКА	20
<i>А.Н.Осипов, Е.В.Ершова, А.Ю.Тележкин</i>	
ОПЫТ РАБОТЫ ЧЕРЕПОВЕЦКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ	28
<i>А.Н.Ветров, В.Н.Стратий</i>	
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	30
<i>О.В.Савельев, С.Ю.Хабибуллин</i>	
ВОСПИТАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АСПЕКТА В ОБУЧЕНИИ ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИНИМАЮЩЕГО УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	35
<i>М.Д.Петраш, А.А.Бойков, В.А.Филинов</i>	
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ	38
<i>А.Б.Синяевский, К.П.Головки</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ ГОРНОСПАСАТЕЛЬНОГО ДЕЛА И РЕАНИМАЦИОННО-ПРОТИВОШОКОВОЙ ПОМОЩИ В УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИИ	43
<i>Ф.З.Галимуллин</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОГО СТАЦИОНАРА	45
<i>Е.В.Вахрамеева, П.Г.Пилипенко, И.Д.Соловьева, С.Н.Мальцев</i>	
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ (МКБ-10-K85). ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	48
<i>С.Ф.Батенко, А.Д.Толстой, В.Б.Красногородов, А.А.Курыгин, Г.И.Славинченко, В.Ф.Сутарев, М.В.Григорев, В.Н.Лавшин, В.Г.Вербицкий, В.А.Киселев, М.Ю.Кабанов, В.Р.Гольцов</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	52
<i>К.К.Козлов, А.А.Филиппов, М.С.Коржук, С.Ю.Сасина, В.П.Шадских</i>	
ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2003 г.	54
<i>А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская</i>	

ТЕЗИСЫ

ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В г. УФЕ	63
<i>Н.А.Абубакиров, С.Н.Хунафин</i>	
МЕТОД ВЫБОРА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	64
<i>Ф.З.Галимуллин</i>	

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	63
<i>Б.А.Гулевский, В.П.Кузьмин, Н.А.Качалов, В.В.Хлебников</i>	
ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	65
<i>М.М.Зиганшин, Ф.Д.Тимербулатов</i>	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	66
<i>Ю.Р.Маликов, А.М.Хаджибаев</i>	
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ	67
<i>В.В.Никитин, Ф.Д.Тимербулатов</i>	
РАСШИРЕННОЕ ЖИЗНЕПОДДЕРЖАНИЕ В ПРАКТИКЕ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НОРМАТИВНАЯ БАЗА, ОБУЧЕНИЕ И ОСНАЩЕНИЕ	68
<i>В.Л.Радухенич, С.А.Рожков, А.А.Чурсин, Е.И.Коротеева</i>	
РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	69
<i>В.Б.Салеев</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И КОММУНИКАТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	69
<i>В.Б.Салеев, А.Л.Али, О.Б.Челюбанова</i>	
ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО МАТЕРИАЛАМ НОВГОРОДСКОЙ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)	70
<i>Г.А.Сильцера</i>	
АНАЛИЗ МНЕНИЙ ВЫЕЗДНОГО ПЕРСОНАЛА ПО ПРОБЛЕМАМ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	71
<i>В.В.Сухин, А.А.Бойков</i>	
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ В 2002–2004 гг.»	72
<i>Л.Н.Тараканова, М.С.Исакова</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛНОКСИФУМАРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ «РИСКА ОПЕРАЦИИ»	74
<i>В.Ю.Тинчурин, В.Г.Вербичкий, В.Н.Латшин, М.Г.Зайцев, Н.В.Страхов, А.Ф.Котлярский</i>	
ПОДГОТОВКА РУКОВОДИТЕЛЕЙ ФЕЛЬДШЕРСКИХ ЛИНЕЙНЫХ (СЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ) БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	75
<i>С.Б.Трифонов, В.Н.Артемов, М.П.Веревкина</i>	
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЕВОЗОК В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ	76
<i>С.Б.Трифонов, А.И.Натапов, А.П.Савостиков</i>	
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ	76
<i>С.Н.Хунафин, Ф.С.Мусина, А.Ф.Власов, П.И.Миронов, Е.В.Лаврентьева</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ РАЦИОНАЛЬНОГО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ г. КУРСКА	77
<i>С.А.Школьникова, Ю.А.Шеенко, Б.И.Перляк, Т.Г.Дьякова, А.В.Плотников, И.Е.Иконникова, А.Н.Кудимова</i>	
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЗВЕНА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	78
<i>С.А.Школьникова, Ю.А.Шеенко, Н.Е.Толмачев, Б.И.Перляк, А.В.Плотников, А.Н.Кудимова</i>	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ ЭВМ ПО РАСЧЕТУ НЕОБХОДИМОГО КОЛИЧЕСТВА БРИГАД И МАШИН СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК	79
<i>Н.А.Эстрин, А.А.Докучаев</i>	

ЮБИЛЕИ

ПРОФЕССОР МИХАИЛ ВАСИЛЬЕВИЧ ГРИНЕВ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	80
---	----

Материалы 5-й Всероссийской конференции «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2004» Россия, Санкт-Петербург, 1–3 июня 2004 г.

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ — ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксин, 2004 г.

В современных социально-экономических условиях, при неблагоприятной демографической ситуации и возрастающей потребности в оказании экстренной медицинской помощи, проблема оптимизации оказания скорой медицинской помощи (СМП) должна быть отнесена к проблемам национальной безопасности.

При существенном ограничении ресурсов здравоохранения (материальных, оперативных, кадровых) реально повысить качество оказания СМП можно только путем оптимизации лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе и разработки единых технологий оказания urgentной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

Результатом работы, проделанной в этом направлении, является 2-е, переработанное и дополненное издание «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации».

Методические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации — это перечень своевременных, последовательных, минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий у взрослых пациентов, применяемых в типичной клинической ситуации.

В основу создания рекомендаций положены многолетний опыт работы Санкт-Петербургской станции скорой медицинской помощи и опыт работы кафедры неотложной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования — первой кафедры скорой помощи в нашей стране, приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, поло-

жительные результаты выпуска таких основополагающих для службы изданий, как «Руководство для врачей скорой медицинской помощи», «Неотложная кардиология», «Клиническая токсикология», результаты 5-летней работы редколлегии российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь», данные собственных научных исследований авторов и анализа отечественного и зарубежного опыта оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

«Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации после проведения в установленном порядке рецензирования в Московском НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Институте токсикологии МЗ РФ, Центральном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова, главными специалистами МЗ РФ по основным рассматриваемым клиническим дисциплинам (главным терапевтом, главным хирургом, главным невропатологом, главным акушером-гинекологом) и апробации на ведущих станциях скорой медицинской помощи страны.

2-е издание «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» существенно переработано и дополнено с учетом результатов их широкого клинического применения, сведений, появившихся за последние годы, обсуждения на всероссийских и региональных конференциях по скорой медицинской помощи, а также в медицинской печати.

Рекомендации предназначены для оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе взрослому населению выездными специализированными, врачебными и фельдшерскими бригадами станций (отделений) скорой медицинской помощи.

Выездные бригады должны оказывать необходимую медицинскую помощь в пределах компетенции, определенной отраслевыми нормами, правилами и стандартами для врачебного и фельдшерского персонала скорой медицинской помощи, поэтому рекомендации едины для всех станций и для всех выездных бригад скорой медицинской помощи. При этом объем реализации рекомендаций зависит не только от особенностей течения неотложного состояния, но и от типа и оснащения бригад, состава и квалификации персонала.

Подчеркиваем, что персонал выездной бригады может использовать рекомендации только в пределах своей компетенции.

Во 2-е издание рекомендаций включены доступные на догоспитальном этапе методы диагностики и лечения основных неотложных состояний.

Рекомендации основаны на применении лекарственных препаратов, которые должны находиться на штатном оснащении бригад скорой медицинской помощи согласно Приложению 13 к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» № 100 от 26.03.1999 г. Включены в рекомендации и доступные лекарственные средства, применение которых при часто встречающихся неотложных состояниях стало обязательным: амиодарон (кордарон) при проведении сердечно-легочной реанимации у пациентов с фибрилляцией желудочков, лекарственные формы для приема внутрь: нифедипин (коринфар, кордафлекс), капотен (каптоприл), клоидин (клофелин) для проведения неотложной гипотензивной терапии, или метопролол (спесикор, эгилон) и ацетилсалициловая кислота (аспирин) — при остром нарушении коронарного кровообращения, препараты для небулайзерной терапии при бронхиальной астме и др.

Как исключение упоминаются некоторые средства для нейропротекции, антибактериальные препараты, антиоксиданты, сыворотки, антитоты, нестероидные противовоспалительные препараты и отдельные лекарственные средства (циклодол, актинетон и др.), которые нецелесооб-

разно включать в табельное оснащение выездных бригад скорой медицинской помощи, но которые могут находиться на оснащении специализированных бригад скорой медицинской помощи, негосударственных служб, оказывающих скорую медицинскую помощь, или иметься на месте оказания неотложного лечебного пособия (в случае выезда бригады скорой медицинской помощи в медицинское учреждение, при наличии препарата у больного и проч.).

Рекомендации являются обязательной методической составляющей, необходимой для проведения экспертной оценки качества оказания скорой медицинской помощи, вследствие чего основания для отступления от их выполнения из-за особенностей течения неотложного состояния или других причин должны быть кратко изложены в карте вызова.

Не подлежит сомнению, что адекватный контроль качества оказания медицинской помощи является основой успешной деятельности любого медицинского учреждения, поэтому от того, как осуществляется контроль качества оказания медицинской помощи, зависит оценка работы всей станции скорой медицинской помощи при проверке ее деятельности, лицензировании и аккредитации.

По мере появления новых методов диагностики и лечения неотложных состояний рекомендации периодически обновляются, поэтому для оптимального оказания скорой медицинской помощи и адекватной оценки ее качества следует использовать последнюю версию рекомендаций.

Для эффективного использования рекомендаций в клинической практике необходимо наличие трех составляющих.

1. Врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи надлежит:

- знать содержание рекомендаций;
- обладать всей необходимой информацией по применению табельного медико-технического оснащения и лекарственных средств;
- в пределах своей компетенции владеть необходимыми диагностическими и лечебными навыками;
- в пределах своей компетенции уметь применять рекомендации на практике.

2. Руководителям станций (отделений) скорой медицинской помощи надлежит:

- обеспечить наличие необходимого для выполнения рекомендаций медико-технического оснащения, медицинских газов, растворов и лекарственных средств в достаточном количестве;

— обеспечить наличие экземпляра «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи» в каждой выездной бригаде скорой медицинской помощи;

— проводить оценку всех карт вызова скорой медицинской помощи, обеспечить постоянный контроль соблюдения рекомендаций и обоснованности отклонения от них;

— учитывать знание и выполнение рекомендаций при проведении аттестации кадров;

— дифференцировать оплату труда и использовать имеющиеся возможности морального и материального поощрения и взысканий в зависимости от качества оказания скорой медицинской помощи.

3. Научно-педагогическим работникам надлежит:

— рассматривать рекомендации как обязательную составляющую часть образовательного стандарта подготовки врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи;

— рассматривать обучение применению рекомендаций как неотъемлемую часть до- и последиplomной подготовки (переподготовки) врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи;

— учитывать владение рекомендациями при проведении сертификации сотрудников скорой медицинской помощи;

— систематически обновлять содержание рекомендаций с учетом результатов их применения в клинической практике и обсуждения медицинской общественностью, появления новых методов диагностики и лечения неотложных состояний, необходимости формирования единых технологий оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что в стране должны быть едиными как служба скорой медицинской помощи, так и рекомендации по ее оказанию. При этом термин «рекомендации» используется нами не случайно, так как юридическое значение стандартов (протоколов) в медицине до сих пор четко не опреде-

лено. Не внесло ясности в этот вопрос и вступление в силу Федерального закона «О техническом регулировании».

Тем не менее, единые рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи абсолютно необходимы для обеспечения качества и преемственности оказания экстренного медицинского пособия, оптимального использования ресурсов здравоохранения, расчета оснащения и лекарственного обеспечения выездных бригад, оценки качества оказания скорой медицинской помощи.

Очевидно, что рекомендации не являются обязательными для применения, но также очевидно и то, что при подготовке заключения по качеству оказания скорой медицинской помощи, при проведении аккредитации медицинских учреждений и в других случаях эксперты в первую очередь будут опираться именно на вышеупомянутые базовые рекомендации. Это связано как с тем, что в настоящее время только эти рекомендации наряду с Приказом «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» № 100 от 26.03.1999 г. утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, так и с тем, что именно эти рекомендации наиболее хорошо известны врачам скорой медицинской помощи благодаря широкому применению в клинической практике и обсуждению на протяжении почти 10 лет.

Указанное обстоятельство имеет особое значение в связи с появлением в медицинской печати недостаточно обоснованных, а иногда и небезопасных, в том числе и посягающих откровенно рекламный характер, рекомендаций по лечению неотложных состояний.

Не подлежит сомнению то, что представленные рекомендации открыты для внесения уточнений и включения разделов по другим неотложным состояниям.

Для постоянного совершенствования и дополнения рекомендаций необходимо лишь заинтересованное участие всех специалистов, работающих в области скорой медицинской помощи.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

В.М.Шайтор, А.Л.Егоров, А.Б.Вичун

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

В течение последнего десятилетия предпринимаются попытки систематизировать неотложные мероприятия, проводимые у детей на догоспитальном этапе [1–9]. Обозначились основные направления данных разработок: семиотика угрожающих состояний и определение комплекса необходимых тактических мероприятий по экстренной диагностике и лечению больных в условиях дефицита времени и резкого ограничения диагностических и лечебных возможностей.

Основные работы по стандартизации неотложных мероприятий базируются на выделении ведущего патологического синдрома, угрожающего жизни ребенка [3–6]. Наиболее ярко это представлено в монографии Э.К.Цыбулькина «Неотложная педиатрия в алгоритмах» (1998) [4].

В большинстве существующих рекомендаций авторы не учитывают реально возможный объем экстренной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, новые медицинские технологии, используемые в лечении неотложных состояний на догоспитальном этапе, существующие регламентации оказания скорой и неотложной помощи и т.д. [1–3, 6].

С нашей точки зрения, для рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи детям необходимы большая лаконичность и четкость, особое внимание к тактике оказания экстренной помощи, учет реальных лечебно-диагностических возможностей выездных бригад разного профиля.

Анализ современной медицинской литературы и практический опыт использования различных рекомендаций по неотложной педиатрии позволили нам пересмотреть ранее предложенные «Стандарты оказания неотложной педиатрической помощи на догоспитальном этапе» [9] и подготовить «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям в Санкт-Петербурге». Эти рекомендации утверждены Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга и опубликованы.

Важно, что рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям подготовлены по аналогии с положительно зарекомендовавшими себя на практике «Рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федера-

ции» [10]. По сути, рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям являются логичным продолжением этих широко известных рекомендаций и после клинической апробации и утверждения должны стать их неотъемлемой частью.

Ниже в качестве иллюстрации представлены рекомендации по оказанию скорой помощи детям при остром стенозирующем ларинготрахеите, вошедшие в вышеупомянутое издание.

ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛ) — это обструкция верхних дыхательных путей ниже голосовых связок, имеющая вирусную или вирусно-бактериальную этиологию, сопровождающаяся развитием острой дыхательной недостаточности.

Стеноз чаще возникает у детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет.

Диагностика

Для определения тактики и объема неотложных лечебных мероприятий необходимо оценить форму и стадию ОСЛ.

Следует выделять отечную — инфекционно-аллергического происхождения, инфильтративную — вирусно-бактериальной этиологии, и обтурационную с нисходящим бактериальным процессом (истинный дифтерийный круп) формы ОСЛ.

Следует различать 4 стадии стеноза гортани.

1-я — компенсированная, проявляется умеренной инспираторной одышкой только при нагрузке без участия вспомогательной дыхательной мускулатуры с небольшим пероральным цианозом, осиплым голосом, грубым, лающим кашлем.

2-я — субкомпенсированная, проявляется беспокойством ребенка, тахикардией, частым лающим кашлем, одышкой с участием вспомогательной мускулатуры в покое, пероральным цианозом, не исчезающим после кашля.

3-я — декомпенсированная, проявляется резким ухудшением состояния, бледностью, цианотичностью кожи, шумным дыханием с выраженной инспираторной одышкой и глубоким втяжением на вдохе эпигастральной области, межреберных

промежутков, надключичных и яремных ямок, раалитым цианозом, парадоксальным пульсом.

4-я — терминальная стадия, проявляется тем, что ребенок пытается вдохнуть, напрягая мышцы шеи, хватает открытым ртом воздух, пульс нерегулярный, могут быть судороги, развивается гипоксическая кома, а затем — полная асфиксия.

ОСЛ протекает при субфебрильной температуре тела.

Дифференциальная диагностика проводится с врожденным стридором, синдромом спазмофилии с ларингоспазмом, инородным телом верхних дыхательных путей, эпиглоттитом, травмами гортани, ангиной Людвига, заглоточным и паратонзиллярным абсцессами, мононуклеозом.

Неотложная помощь

Основной задачей является уменьшение отека компонента стеноза и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Всем детям со 2–4-й стадией ОСЛ необходимо проводить оксигенотерапию.

При стенозе 1-й стадии:

— теплое щелочное питье.

При стенозе 2-й стадии:

— ингаляция 0,025% раствора нафтизина длительностью до 5 мин с использованием ингалятора (или небулайзера);

— при невозможности проведения ингаляции (отсутствие ингалятора, высокая температура тела и т.д.) — интраназальное введение 0,2 мл 0,05% раствора нафтизина детям первого года жизни, прибавляя на каждый последующий год по 0,1 мл, но не более 0,5 мл. Рассчитанное количество раствора нафтизина необходимо развести дистиллированной водой из расчета 1,0 мл на год жизни, но не более 5,0 мл. Разбавленный нафтизин вводят при помощи шприца (без иглы) в одну ноздрю ребенку в положении сидя с запрокинутой головой. Об эффективности попадания раствора в гортань свидетельствует появление кашля;

— если удалось полностью купировать стеноз, то ребенка можно оставить дома с последую-

щим обязательным активным врачебным наблюдением через 3 ч. Повторное интраназальное введение нафтизина допустимо не более 2–3 раз в сутки с перерывом в 8 ч;

— в случае неполного купирования стеноза 2-й стадии и при отказе от госпитализации — ввести дексаметазон в дозе 0,3 мг/кг или преднизолон 2 мг/кг внутримышечно или внутривенно, активное посещение больного через 3 ч.

При стенозе 3-й стадии:

— внутривенное введение дексаметазона из расчета 0,7 мг/кг или преднизолона 5–7 мг/кг;

— повторная ингаляция или интраназальное введение 0,05% раствора нафтизина;

— экстренная госпитализация, желательно в положении сидя, при необходимости — экстренная интубация трахеи;

— обеспечить готовность к проведению сердечно-легочной реанимации, по возможности — вызвать специализированную реанимационную бригаду скорой медицинской помощи.

При стенозе 4-й стадии:

— проведение коникотомии после введения 0,1% раствора атропина в дозе 0,05 мл на год жизни внутривенно или в мышцы полости рта либо интубация трахеи (при сохранении глоточного рефлекса перед интубацией внутривенно ввести 20% раствор натрия оксибутирата из расчета 0,4 мл/кг (80 мг/кг);

— во время транспортировки — инфузионная терапия для коррекции нарушений гемодинамики.

Примечание

Неэффективность интраназального введения нафтизина указывает на обтурационную форму стеноза, лечение которого должно проводиться только в условиях стационара.

При длительном и неконтролируемом использовании нафтизина возможно появление слабости, брадикардии, резкой бледности кожи вследствие системного β -адреномиметического действия препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трошин В.М., Трошин В.Д., Трошин О.В. Неотложные психоневрологические состояния у детей: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Триана-Х, 1998. — 640 с.
2. Александрович А.В. и др. Неотложная педиатрия догоспитального этапа: Уч. пос. — СПб., 2003.
3. Цыбульский Э.К. Угрожающие состояния у детей (экстренная врачебная помощь). — СПб.: Специальная литература, 1994.
4. Цыбульский Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 224 с.
5. Шиллеев Р.Р., Каганов Б.С., Баклушин А.Е., Чемоданов В.В. Неотложная помощь детям на догоспи-

- тальном этапе. — М.: Издательский дом «Династия», 2003. — 184 с.
6. Вельтищев Ю.Е., Белозеров Ю.М. и др. Неотложные состояния у детей: Справочник. — М.: Медицина, 1994. — 272 с.
 7. Штайнигер У., Мюлендаль К.Э. Неотложные состояния у детей: Пер. с нем. — Минск: Медтраст, 1996. — 512 с.
 8. Орлова Н.В., Солдаткин Э.В. Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма и проводимости у детей: Уч. пос. — СПб.: СПбМАПО, 2001. — 50 с.
 9. Стандарты оказания неотложной педиатрической помощи на догоспитальном этапе / Под ред. А.Г.Мирошниченко, А.Г.Лысова. — СПб.: СПбМАПО, 1998. — 88 с.
 10. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации / Под ред. А.Г.Мирошниченко, В.В.Руксина. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Невский Диалект, 2004. — 224 с.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ЛИ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ И ПРОТОКОЛОВ?

С.Ф.Багневко, В.В.Стожаров

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия*

© С.Ф.Багневко, В.В.Стожаров, 2004 г.

Как известно, в течение последних 6 лет Министерство здравоохранения Российской Федерации активно развивало систему стандартизации в здравоохранении. За эти годы во врачебном сообществе укоренилось мнение, что медицинские стандарты являются основным средством управления качеством медицинской помощи. Представители различных медицинских специальностей подготовили ряд проектов стандартов лечения больных с различными нозологическими формами, которые в последующем были утверждены приказами Министерства здравоохранения РФ.

На фоне этой большой и важной работы Министерства здравоохранения РФ, лаборатории стандартизации ММА им.И.М.Сеченова, других научных центров страны может показаться неуместным вопрос, вынесенный в заглавие статьи. Вместе с тем этот вопрос весьма актуален в связи с вступлением в силу Федерального закона «О техническом регулировании».

В декабре 2003 г. исполнился год с момента принятия данного законодательного акта. Закон вступил в силу 1 июля 2003 г., по истечении 6 месяцев со дня его официального опубликования. Устанавливая временные рамки переходного периода, законодатель исходил из того, что полгода — достаточный срок для того, чтобы органы исполнительной власти и хозяйствующие субъекты подготовились к реализации норм

данного закона. Вместе с тем общение с коллегами на различных конференциях и рабочих совещаниях убеждает, что руководители медицинских организаций в большинстве своем не знают даже о существовании указанного закона. В свою очередь, руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ имеют достаточно слабое представление о содержании этого правового акта, а сотрудники МЗ РФ дают ему неоднозначную оценку. Так, на 5-й Всероссийской конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении», прошедшей в Москве под эгидой МЗ РФ 24–26 марта 2003 г., утверждалось, что законопроект активно «продавливался» Правительством, поэтому ни Министерству, ни Комитету по охране здоровья и спорту Государственной Думы РФ не удалось вывести здравоохранение из-под действия данного закона. На 2-м съезде главных врачей Северо-Запада России (27–28 октября 2003 г., Санкт-Петербург) заместитель министра заявил, что между Министерством здравоохранения и Госстандартом России заключено соглашение (?), согласно которому нормы Закона «О техническом регулировании» не распространяются на медицинскую деятельность. Уже в ноябре того же года на Всероссийском совещании «Лицензирование медицинской деятельности в системе управления качеством в здравоохранении» (17–18 ноября 2003 г., Москва) сообщалось, что имеется не сог-

лашение, но письмо Госстандарта, разъясняющее, что медицина находится вне сферы действия данного закона. К сожалению, само письмо не демонстрировалось. В связи с вышесказанным следует напомнить, что аутентичное толкование права может дать только сам законодатель. Кроме того, существует так называемая судебная практика. А любой из нас, в том числе Госстандарт, может дать лишь обыденное толкование закона или иного правового акта.

Попробуем самостоятельно разобраться: распространяется или нет Федеральный закон «О техническом регулировании» на медицинскую деятельность. Авторы заранее приносят свои извинения за обильное цитирование правовых актов. Сделано это намеренно, для формирования у читателей собственного мнения о содержательной части этого закона. В тексте часто упоминается фраза «работы и услуги». Дело в том, что медицинская деятельность — суть выполнения медицинских работ и оказания медицинских услуг. Правовым доказательством могут служить, в том числе, и п. 2 ст. 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», и п. 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 04.07.2002 г. № 499. В последнем в частности указывается, что «медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и услуг (выделено авторами) по оказанию... медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям...». Таким образом, говоря о работах и услугах в контексте Закона «О техническом регулировании», следует подразумевать и медицинскую деятельность.

Вначале оговоримся: для чего необходимо установить, подпадает ли медицинская деятельность под действие Федерального закона «О техническом регулировании». Дело в том, что его нормы предусматривают добровольность соблюдения требований стандартов (вследствие этого досужие журналисты назвали этот закон «стандартной революцией»). Согласно Закону, «стандарт — документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг» (ст. 2). Возникает закономерный вопрос: распространяется ли это положение на медицинские стандарты. Если да, то данная норма за-

ставляет серьезно переосмыслить форму и содержание той большой работы, которую осуществляло МЗ РФ по стандартизации в здравоохранении.

С этой целью проведем правовую оценку первой статьи Закона, определяющую сферу его применения. Указывается, что «настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие при:

— разработке, принятии, применении и исполнении обязательных требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации;

— разработке, принятии, применении и исполнении на добровольной основе требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнению работ или оказанию услуг; оценке соответствия» (п. 1 ст. 1).

Представляется, что сопоставление первых двух норм уже позволяет сделать вывод о том, что исполнение любых требований к выполнению работ или оказанию услуг, а не только отраженных в стандарте, осуществляется на добровольной основе. Именно к такому заключению пришли участники 5-й Всероссийской конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении» (24–26 марта 2003 г., Москва).

Предположим, что данный вывод основан на расширительном толковании норм права. Представим, что к осуществлению работ и услуг могут предъявляться как обязательные требования, так и добровольные для исполнения. Возможно, указанные выше нормы означают лишь то, что Закон регулирует только те отношения, которые возникают при добровольном исполнении требований. В свою очередь, та часть требований к выполнению работ или оказанию услуг, которая должна применяться в обязательном порядке, может быть, регулируется иными нормативными актами. Аналогичное предположение можно сформулировать при анализе определения «техническое регулирование», данного в ст. 2 Закона.

Читатели, вероятно, обратили внимание, что настоящий Федеральный закон распространяется и на отношения, возникающие при оценке соответствия (п. 1 ст. 1; абз. 24 ст. 2). В свою очередь, согласно Закону, оценка соответствия — это «прямое или косвенное определение соблюдения требований, предъявляемых к объекту» (ст. 2). Имеет ли эта формулировка какое-либо отношение к медицинской сфере? На первый взгляд — несомненно. Тем не менее, проведем ее анализ.

И на этот раз перед нами стоит та же задача: если будет доказано, что оценка соответствия не относится к работам и услугам, следовательно (с учетом приведенного выше толкования первых двух норм п. 1 ст. 1) Закон не имеет отношения к медицине. Это, в свою очередь, обусловит то, что исполнение требований стандартов на добровольной основе не относится к медицинским стандартам. В случае, если оценка соответствия касается работ и услуг (в том числе медицинских) — значит и Закон «О техническом регулировании» распространяется на медицинскую сферу, и требования медицинских стандартов должны исполняться на добровольной основе.

В определении «оценка соответствия» содержится термин «объект». Подпадают ли под это понятие работы и услуги? Необходимо отметить, что в основных понятиях не приводится специального определения данному термину. Вместе с тем в значительном числе статей Закона встречается это слово. Так, в ст. 2 дано определение понятию «подтверждение соответствия». Согласно этому определению, «подтверждение соответствия — документальное удостоверение соответствия продукции или иных объектов, процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг требованиям технических регламентов, положениям стандартов или условиям договоров». Очевидно, что словосочетание «или иных объектов» следует сразу за словом «продукции», а фраза «выполнения работ или оказания услуг» следует после значительного промежутка, заполненного перечислением того, чье соответствие документально удостоверяется. Аналогичная ситуация складывается при изучении определения «форма подтверждения соответствия». Согласно ст. 2 Закона, это «определенный порядок документального удостоверения соответствия продукции или иных объектов, ... выполнения работ или оказания услуг...». Анализ приведенных определений позволяет предположить, что законодатель не подразумевал под объектом работы и услуги.

На этом правовой анализ можно было бы закончить, если бы не глава 4 Закона, которая так и называется «Подтверждение соответствия». В определении самого понятия «подтверждение соответствия» конфигурация слов позволяла, как указана выше, считать, что работы и услуги не являются объектом в контексте Закона. Но ст. 18 этой главы предусматривается, что одной из целей подтверждения соответствия является удо-

стоверение «соответствия продукции, процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, работ, услуг или иных объектов техническим регламентам, стандартам, условиям договоров». При таком сочетании слов становится очевидным, что объектами являются и продукция, и процессы производства (и т. д.), и работы с услугами.

Таким образом, при сопоставлении статей Закона выявляются некоторые противоречия. На минуту забудем, что ст. 18 входит в главу «Подтверждение соответствия» и формулировки, приведенные в ней, возможно, имеют некое преимущество. Перейдем от анализа сочетания слов к оценке смыслового содержания в интересующем нас аспекте. Термин «объект» встречается также в абзацах 19 и 20 ст. 2. Указывается, что «сертификация — форма осуществляемого органом по сертификации подтверждения соответствия объектов требованиям технических регламентов, положениям стандартов или условиям договоров». В свою очередь, «сертификат соответствия — документ, удостоверяющий соответствие объекта требованиям технических регламентов, положениям стандартов или условиям договоров». Предположим, что работы и услуги не являются объектами. В этом случае они не должны подвергаться сертификации, а исполнители работ (услуг) не могут получать сертификатов соответствия. Однако это предположение входит в противоречие с нормами ст. 21. Пункт 1 ст. 21 регламентирует, что «орган по сертификации:

- осуществляет подтверждение соответствия объектов добровольного подтверждения соответствия;

- выдает сертификаты соответствия на объекты, прошедшие добровольную сертификацию».

При этом согласно указанной статье «объектами добровольного подтверждения соответствия являются продукция, процессы производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, работы и услуги, а также иные объекты, в отношении которых стандартами, системами добровольной сертификации и договорами устанавливаются требования».

Следовательно, работы и услуги являются объектами в контексте Федерального закона «О техническом регулировании». Принимая во внимание указанные ранее нормы пункта 2 ст. 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», со всей категоричностью можно утверждать, что медицинские

работы и услуги также являются объектами и подпадают под регулирование норм Закона «О техническом регулировании». Дополнительным подтверждением может служить одна из норм ст. 3 данного Закона. Указывается, что «техническое регулирование осуществляется в соответствии с принципами: применения единых правил установления требований к продукции, процессам производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнению работ или оказанию услуг...». Очевидно, что не может быть различных правил установления требований к выполнению работ разного вида, за исключением случаев, установленных Законом.

Полученный вывод обуславливает то, что Федеральный закон «О техническом регулировании» распространяется на медицинские стандарты. Это означает, что требования медицинских стандартов могут исполняться только на добровольной основе. В этой связи напомним, что согласно п. 2 ст. 4 Закона положения федеральных законов и других нормативных актов РФ, не говоря уж о приказах Минздрава, касающиеся сферы применения Закона «О техническом регулировании», применяются в части, не противоречащей указанному Закону.

В заключение этой части анализа обратим внимание на п. 3 ст. 1 анализируемого Закона. «Действие настоящего Федерального закона не распространяется на государственные образовательные стандарты, положения (стандарты) о бухгалтерском учете и правила (стандарты) аудиторской деятельности, стандарты эмиссии ценных бумаг и проспекты эмиссии ценных бумаг». Как видно, этот список — исчерпывающий и не содержит медицинских стандартов, что лишний раз доказывает правильность полученных выводов.

Те медицинские работники, которые внимательно следят за нормотворческой деятельностью Министерства здравоохранения РФ, вероятно, заметили, что в последнее время Минздрав стал утверждать не стандарты, а так называемые протоколы. Так, спустя полтора месяца после вступления в силу Федерального закона «О техническом регулировании», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.08.2003 г. № 415 был утвержден протокол ведения больных «Гонококковая инфекция».

Представляется, что, несмотря на попытки отрицать связь между Законом «О техническом регулировании» и медицинской деятельностью,

федеральный орган управления здравоохранением признает добровольность исполнения требований медицинских стандартов. В сложившихся обстоятельствах закономерен вопрос: а обязательны ли для исполнения требования протоколов, утвержденных Минздравом?

Сформулируем вопрос шире:

— может ли вообще Министерство устанавливать какие-либо обязательные требования к выполнению медицинских работ и оказанию медицинских услуг (например, в виде протоколов);

— может ли Минздрав устанавливать порядок проведения проверок, в том числе контрольных проверок в рамках нового правового поля?

Закон «О техническом регулировании» дает достаточно четкий ответ на второй вопрос. Вернемся к определению понятия «оценка соответствия». Представляется, что в первой части определения законодатель словами «прямое или косвенное определение соблюдения требований» недвусмысленно указывает, что любые формы и элементы процесса определения соблюдения соответствия подпадают под понятие «оценка соответствия». Дополнительным подтверждением могут служить нормы п. 3 ст. 7. Согласно им, «оценка соответствия проводится в формах государственного контроля (надзора), аккредитации, испытания, регистрации, подтверждения соответствия, приемки и ввода в эксплуатацию объекта, строительство которого закончено, и в иной форме».

Следовательно, любые формы контроля соблюдения каких-либо требований, в том числе к выполнению медицинских работ и осуществлению медицинских услуг, являются оценкой соответствия и регулируются нормами Закона «О техническом регулировании». А п. 3 ст. 4 названного Закона предусматривает, что федеральные органы исполнительной власти, в том числе Министерство здравоохранения РФ, вправе издавать в сфере технического регулирования акты только рекомендательного характера. Кроме того, согласно п. 3 ст. 7 требования к правилам и формам оценки соответствия, не включенные в технические регламенты, не могут носить обязательный характер.

Таким образом, Минздрав не может устанавливать обязательных требований к форме и порядку проведения контрольных проверок медицинской деятельности, соблюдения неких требований.

В отношении вопроса о возможности установления Министерством самих требований, обяза-

тельных для исполнения, необходимо отметить, что закон, к сожалению, в явной форме не определяет систему государственного регулирования в сфере установления обязательных требований. Напомним, что нормы п. 3 ст. 7 перечисляют формы оценки соответствия:

- государственный контроль (надзор);
- аккредитация (согласно ст. 2 Закона, «аккредитация — официальное признание органом по аккредитации компетентности физического или юридического лица выполнять работы в определенной области оценки соответствия»);
- испытание;
- регистрация;
- подтверждение соответствия;
- приемка и ввод в эксплуатацию объекта;
- иные формы.

Крайне скупо Законом описываются такие формы оценки соответствия, как испытание, регистрация, не говоря уж о приемке объекта. Однако в разрезе наших рассуждений это не важно, так как они не имеют отношения к установлению требований к выполнению медицинских работ и оказанию медицинских услуг.

За последнее десятилетие медицинские работники привыкли к словосочетанию «аккредитация медицинских учреждений». Согласно ст. 21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «аккредитация медицинских учреждений — определение их соответствия установленным профессиональным стандартам». Пользуясь случаем, укажем, что слово «стандартам» однозначно указывает на добровольность прохождения аккредитации для медицинских организаций. Приведенная формулировка подпадает под понятие «оценка соответствия». Следовательно, норма ст. 21 Закона «О медицинском страховании...», предусматривающая обязательность прохождения аккредитации, противоречит Закону «О техническом регулировании» и не может применяться. Само понятие «аккредитация» теперь трактуется по-иному, что обуславливает необходимость нового наименования процедуры аккредитации ЛПУ. Глава 5 посвящена аккредитации органов по сертификации и испытательных лабораторий (центров). В главе перечисляются цели и принципы аккредитации, а также приводится отсылочная норма — порядок аккредитации указанных органов и центров устанавливает Правительство России. Указанная процедура также мало относится к установлению обязательных требований к выполнению медицинских работ и услуг.

Среди перечисленных форм некое отношение к установлению требований к выполнению медицинских работ и оказанию медицинских услуг имеют государственный контроль и подтверждение соответствия. Достаточно подробно в Законе описан порядок подтверждения соответствия (глава 4). Однако подтверждается соответствие требованиям технических регламентов, положениям стандартов и условиям договоров. В главе 2 приведен порядок принятия технических регламентов — документов, устанавливающих обязательные для исполнения требования к объектам технического регулирования. Напомним, что непосредственно работы и услуги к объектам технического регулирования не относятся (абз. 25 ст. 2). Однако к ним относятся, в том числе, эксплуатация, хранение и утилизация.

Таким образом, требования к отдельным элементам медицинской деятельности, как эксплуатация медицинской техники, хранение медикаментов и изделий медицинского назначения, утилизация медицинских отходов, могут устанавливаться техническими регламентами. В свою очередь, технические регламенты принимаются:

- международным договором, ратифицированным Российской Федерацией;
- федеральным законом;
- указом Президента Российской Федерации;
- постановлением Правительства Российской Федерации.

Следовательно, в этой части Минздрав не может устанавливать обязательных требований.

Федеральный закон «О техническом регулировании» в главе 6 описывает механизмы государственного контроля, но только в части соблюдения требований технических регламентов. Как указывалось, Минздрав не волен принимать технические регламенты и соответственно устанавливать в этой части обязательные требования.

Обратим внимание, что государственный контроль не исчерпывается государственным контролем соблюдения требований технических регламентов. Однако Закон «О техническом регулировании» не описывает порядок государственного контроля соблюдения иных обязательных требований. В этой связи важным представляется анализ норм другого ранее принятого Федерального закона от 08.08.2001 г. № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)». В ст. 2 данного Закона указывается, что «государственный контроль (над-

зор) — проведение проверки выполнения юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем при осуществлении их деятельности обязательных требований к товарам (работам, услугам), установленных федеральными законами или принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами (далее также — обязательные требования)». Кроме того, ст. 3 Закона предусматривает, что одним из основных принципов защиты прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора) является «установление обязательных требований федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами».

Таким образом, обязательные требования к работам и услугам устанавливаются только федеральными законами или принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами. Следовательно, Министерство здравоохранения РФ, орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации не могут устанавливать обязательные требования к выполнению медицинских работ и оказанию медицинских услуг, если это прямо не предусмотрено каким-либо федеральным законом.

Теперь на основе данных норм права проанализируем обязательность выполнения требований протоколов на примере вышеуказанного «Гонококковая инфекция», утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.08.2003 г. № 415. В самом приказе отсутствуют ссылки на законодательные акты. Необходимо отметить, что он вообще не содержит ссылок на какие-либо нормативные акты. Протокол утверждается «в целях развития системы управления качеством в здравоохранении Российской Федерации». Следовательно, протокол принят не в соответствии с федеральными законами, и требования, содержащиеся в нем, не обязательны для исполнения.

Пытливый и недоверчивый читатель возможно задумается: «Да, приказ принят не в соответствии с федеральными законами. Но, может

быть, в тексте протокола содержатся какие-либо упоминания о законодательных актах?». Ответим: в самом протоколе, но не в приказе, имеются нормативные ссылки:

— на Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»;

— на Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 г. № 1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

Оба нормативных документа не содержат ссылок на то, что они приняты в соответствии с законодательными актами.

Поэтому требования, предусмотренные этим протоколом и аналогичными ему, не обязательны для исполнения и применения.

ВЫВОДЫ

1. В новых правовых условиях требования медицинских стандартов могут исполняться только на добровольной основе.

2. Обязательные требования к осуществлению медицинской деятельности могут устанавливаться только федеральными законами и нормативными актами, принятыми в соответствии с ними.

3. Министерство здравоохранения РФ может устанавливать обязательные требования своими правовыми актами, но только в случае, если это прямо предусматривается каким-либо федеральным законом.

4. Министерство здравоохранения РФ не вправе определять порядок и форму проведения контрольных проверок.

5. Процедура, ранее называемая аккредитацией медицинских учреждений, добровольна для прохождения.

«Что делать?» — задаст извечный вопрос законопослушный читатель. — Ведь медицинские стандарты нужны». Ответ на этот вопрос будет дан в следующей статье.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

А.М.Хаджибаев, Ю.Р.Маликов, М.У.Хусанов

*Республиканский Центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Кашкадарьинский филиал
Республиканского Центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан*

© Коллектив авторов, 2004 г.

С начала 1999 г. в Республике Узбекистан функционирует новая служба системы здравоохранения — Служба экстренной медицинской помощи (СЭМП), основополагающие структурные и функциональные положения которой были определены Указом Президента РУз УП № 2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 10 ноября 1998 г.

Целью создания такой службы послужило обеспечение конституционных прав населения Узбекистана на получение квалифицированного медицинского обслуживания и социальную защиту, а также создание организационных, экономических и правовых условий для повышения качества медицинских услуг, воспитания здорового поколения, приведения системы здравоохранения в соответствие с осуществляемыми в стране преобразованиями [1].

Основными задачами службы стали оказание гарантированной государством бесплатной и качественной неотложной медицинской помощи, равнодоступность для населения всех видов оказываемых медицинских услуг с охватом всех регионов и всех слоев населения Узбекистана. При этом разработаны и установлены предельные сроки пребывания больных в службах экстренной медицинской помощи с учетом нозологической формы и последующего реабилитационного лечения [2].

СЭМП по охвату и по поставленным перед ней задачам и имеющимся возможностям признана во всем мире оригинальной моделью, так как государство берет на себя функции обеспечения бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, включающего в себя оказание экстренной медицинской помощи [3].

Во главе СЭМП стоит Республиканский Центр экстренной медицинской помощи (РЦЭМП) с республиканской санитарной авиацией и службой скорой медицинской помощи (СМП) Ташкента. В его подчинении находятся 12 областных филиалов со своей санавиацией и службой СМП. В 171

населенном пункте страны при ЦРБ и ЦГБ созданы субфилиалы РЦЭМП — отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП) (рисунок). Кроме перечисленных стационарных подразделений, в данную систему входят станции СМП, санитарной авиации и 182 бригады экстренной медицинской помощи Министерства по чрезвычайным ситуациям на базе ЦРБ и ЦГБ. Общая коечная мощность СЭМП составляет 8240 коек (3665 из которых развернуты в филиалах, а 4575 — в субфилиалах).



Рисунок. Структура службы экстренной медицинской помощи в республике Узбекистан.

СЭМП обеспечивает стабильное функционирование и оказание специализированной реанимационно-интенсивной и реанимационно-хирургической помощи в полном объеме в различных режимах функционирования — обычном (emergency medicine) режиме, режиме чрезвычайных ситуаций (disaster medicine): интенсивном и чрезвычайном режимах [4–6].

Для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях сформированы специализированные бригады постоянной готовности, склады мобилизационного резерва, мобильные эвакуо-госпитали. При этом РЦЭМП со своими подразделениями интегрируется в общую систему организации аварийно-спасательных работ совместно с под-

разделениями Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел, Министерства обороны и других ведомств. Тем самым создаваемая система позволит не только повысить эффективность и оперативность СЭМП и «медицины катастроф», но и существенно снизить общие затраты.

Схема функционирования основных подразделений СЭМП осуществляется на трех уровнях службы с высокой оперативностью и эффективностью (табл. 1).

II. На районном уровне.

Больные поступают в приемно-сортировочный отсек ЦРБ (ЦГБ), откуда госпитализируются в соответствующие профильные койки отделения ЭМП, где оказывается квалифицированная медицинская помощь и при необходимости решается вопрос о переводе пациентов в областной Центр экстренной медицины. При направлении больных из ЦРБ (ЦГБ) в областной центр и наоборот задействуется служба санитарной авиации.

Таблица 1

Функционирование СЭМП Республики Узбекистан

Уровень	Институт	Характер (объем) оказываемой помощи
Высший уровень	РЦЭМП Областные филиалы РЦЭМП	Специализированная квалифицированная помощь**
Средний уровень	Отделения экстренной медицинской помощи при центральных районных больницах	Квалифицированная медицинская помощь***
Нижний уровень	Первичные звено здравоохранения (СВП*, СВА*, семейные поликлиники) Служба скорой медицинской помощи	Первая врачебная помощь
Внегоспитальная экстренная медицинская помощь	Служба медико-санитарного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (мобильные бригады постоянной готовности при подразделениях Службы экстренной медицины) Подразделения Министерства по чрезвычайным ситуациям парамедики (милиционеры, водители, учителя, пожарники и др.), прошедшие специальную подготовку при РЦЭМП	Имеют оснащение для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи Первая медицинская помощь
Санитарная авиация	РЦЭМП Областные филиалы РЦЭМП	Транспортное обеспечение (доставка специалиста к пациенту), услуги телемедицины, диспетчерская служба

* — сельские (городские) врачебные пункты; ** — специализированная квалифицированная медицинская помощь оказывается в специализированных отделениях специалистами узкого профиля (кардиохирургами, нейрохирургами, урологами и т. д.); *** — квалифицированная медицинская помощь оказывается специалистами общего профиля (хирургами, терапевтами, педиатрами).

I. На уровне первичного звена.

Больные с неотложными (угрожающими) состояниями получают первую врачебную помощь, или же им проводится посиндромная диагностика в объемах, обозначенных в соответствующих стандартах. В последующем они транспортируются машинами скорой помощи в отделения ЭМП ЦРБ/ЦГБ или в специализированные отделения областного филиала РЦЭМП согласно требованиям протокола, в которых учтены оптимальные этапы и пути эвакуации для каждого синдрома.

III. На уровне Центра и филиалов.

Больные поступают в приемное отделение, где проводятся основные экстренные диагностические мероприятия. При необходимости реанимационные мероприятия также оказываются здесь. Силами этого же отделения проводятся все консультативные и амбулаторные лечебные мероприятия. В последующем больные переводятся в специализированные отделения Центра.

Для обеспечения стабильности функционирования и необходимого запаса свободного коечного фонда пациенты, выведенные из критического со-

стояния, переводятся в специализированные отделения других лечебных учреждений (в том числе поликлинических учреждений) для дальнейшего лечения и реабилитации. Оптимальные сроки госпитализации и показания к переводу следующему этапу лечения и реабилитации нормированы нами в формализованных руководствах «Лечебно-диагностические стандарты для врачей СЭМП» [2], а также дополнительно отрегулированы соответствующими приказами Минздрава и областных управлений здравоохранения.

Для обеспечения высокого уровня оказываемой специализированной помощи подразделения СЭМП оснащены самым современным медицинским и иным оборудованием, авто- и авиатранспортом, а также компьютерными технологиями и телекоммуникационной инфраструктурой. Обслуживание вызовов, их регистрация, организация телефонных и телевизионных консультаций, оперативного взаимодействия с другими лечебными учреждениями и машинами скорой помощи осуществляется координационно-диспетчерской службой.

Уникальный технологический потенциал, вложенный в получаемое Службой современное медицинское оборудование, позволяет значительно поднять уровень научных исследований, разрабатывать, развивать и внедрять новые перспективные методы диагностики и лечения неотложных состояний. Проводимые в РЦЭМП НИР мероприятия в основном направлены на разработку и внедрение малотравматичных методов ранней диагностики и лечения неотложных состояний [7]. Это, в свою очередь, повышая эффективность лечения, значительно снижает сроки стационарного лечения и соответственно — затраты на него.

Создаваемая совместно с проектом НАТО технология телемедицины (непрерывно функционирующая система дистанционного обучения и консультаций медицинского персонала службы), наряду с лечебно-диагностическими стандартами, обеспечивает одинаковый уровень оказания экстренной медицинской помощи вне зависимости от места и времени происшествия, сокращает расходы, связанные с доставкой специалиста-консультанта к больному и больного к медицинским центрам. Телекоммуникационная инфраструктура обеспечивает СЭМП непрерывно работающей в реальном режиме времени связью, позволяющей объединить в единое целое всю структуру службы снизу доверху.

В целом функционирование СЭМП обеспечивает доступность экстренной медицинской помощи

и ее качество всем слоям населения. Так, например, если в 2003 г. каждый 4–5-й житель воспользовался службой СЭМП (5 053 200 человек), то из них каждый 9-й получил стационарную помощь (547 224 человек). Количество выполненных операций составило более 65 000 в год. Кроме этого, по линии службы СМП и санитарной авиации обслужено свыше 4 млн вызовов. Также необходимо отметить, что при коечной мощности службы экстренной помощи, составляющей примерно 6% от общего количества стационарных коек Республики, число пролеченных больных составило 15% от числа всех стационарных пациентов по республике. Данный показатель не только интересен как показатель интенсивности деятельности службы, но и является еще одним доказательством доступности услуг экстренной медицины, когда больные с большей охотой обращаются в учреждения вновь созданной системы, где получают качественную и своевременную лечебно-диагностическую помощь на лучших условиях и на лучшем медицинском оборудовании. Постепенно повышается эффективность работы койки областных Центров и отделений экстренной медицины в районах, что отразилось в сокращении сроков среднего пребывания больного на койке. Этот показатель по службе в среднем составляет 6,1 дней, в то время как в целом по стране — 12,2 дня.

Налаженные связи со службой скорой медицинской помощи и санитарной авиации, применение современных методов диагностики и лечения, тесное общение ученых-клиницистов и практических хирургов позволили ощутимо уменьшить летальность при ущемленной грыже, желудочно-кишечных кровотечениях, остром аппендиците, перфоративной язве и остром холецистите. Показатели послеоперационной летальности при указанных заболеваниях значительно ниже по сравнению с аналогичными показателями до реформы (табл. 2).

Таким образом, в течение первого этапа реализации Государственной Программы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан была выполнена масштабная по объему работа. СЭМП в республике стала единой службой, которая объединяет материально-технический, научный и кадровый потенциал в единую структуру, остается на государственном обеспечении и предназначена для своевременного оказания бесплатной высококвалифицированной экстренной медицинской помощи населению. В рамках единой СЭМП стало возможным создание действенного механизма непре-

Таблица 2

Динамика показателей летальности при острых хирургических заболеваниях

Заболевания	Количество операций		Летальность	
	1997 г.	2003 г.	1997 г.	2003 г.
Ущемленная грыжа	5550	12 294	1,0	0,3
Желудочно-кишечное кровотечение	890	1316	6,7	4,2
Острый аппендицит	63 868	76 327	0,06	0,04
Перфоративная язва	3099	3506	2,7	1,8
Острый холецистит	1963	3727	1,7	1,4

рывного контроля и совершенствования качества медицинской помощи, мониторинга состояния по экстренной заболеваемости. Объединение всех учреждений, участвующих в оказании экстренной медицинской помощи, в единую Служ-

бу является целесообразным с точки зрения адресного финансирования с тем, чтобы реально обеспечить государственные гарантии бесплатности и доступности услуг экстренной медицинской помощи для всех слоев населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назиров Ф.Г., Алиев М.М., Ходжибаев А.М., Нишанов Х.Г. Государственный научный центр экстренной медицинской помощи: роль и место в системе здравоохранения Республики Узбекистан // Узбекистан хирургияси. — 1999. — С. 13–15.
2. Назиров Ф.Г., Асадов Д.А., Ходжибаев А.М. и др. Временные лечебно-диагностические стандарты службы ЭМП Руз. — Ташкент, 2002. — 136 с.
3. Назиров Ф.Г. и др. Национальная модель службы экстренной помощи «Актуальная проблема организации экстренной медицинской помощи». — Фергана, 2001. — С. 3–4.
4. Asplin B.R., Magid D.J., Rhodes K.V. et al. A conceptual model of emergency department crowding // *Ann. Emerg. Med.* — 2003. — Vol. 42, № 2. — P. 173–180.
5. McLaren E.H., Summerhill L.E., Miller W.J. et al. Re-organising emergency medical admitting: the Stobhill experience, 1992–1997 // *Health Bull. (Edinb.)*. — 1999. — Vol. 57, № 2. — P. 108–117.
6. Walsh K.T., Moran P., Greenwood C. A successful emergency department case management practice model // *Case Manager*. — 2003. — Vol. 14, № 6. — P. 54–57.
7. Ходжибаев А.М., Маликов Ю.Р., Магзулов Б.А. Научные основы организации и оказания экстренной медицинской помощи // *Медицинский журнал Узбекистана*. — 2003. — № 6, спец. вып. — С. 118–122.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ, СИЛ И СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ВЕДОМСТВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ И КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Л.А.Мыльникова

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

© Л.А.Мыльникова, 2004 г.

Дорожно-транспортный травматизм, занимая первое место в мире по числу погибших и второе по числу травмируемых, становится серьезной социальной, экономической и медицинской проблемой. Материальный ущерб от дорожно-транспортных аварий исчисляется, по данным Минтранса России, миллионами рублей и соответству-

ет потере 3–4% валового национального продукта. Общие ежегодные потери от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в несколько раз превышают ущерб от железнодорожных катастроф, пожаров и других видов несчастных случаев вместе взятых, но главное здесь, конечно же, человеческие потери. Число смертельных исходов

достигает 32,5% от общего числа травмированных в ДТП.

В проведенном в Курской области и Краснодарском крае исследовании было задействовано 12 городов и районов Краснодарского края. Основным документом для анализа служила разработанная совместно с заинтересованными ведомствами «Карточка учета работы по ликвидации последствий ДТП», в которой были отражены вопросы, позволяющие определить возможность взаимодействия подразделений ГИБДД и органов здравоохранения, а также службы спасения МЧС по ликвидации последствий ДТП.

Результаты работы показали, что в настоящее время дорожно-транспортный травматизм характеризуется двумя чертами: нарастающим тяжестью травм, т. е. увеличением количества множественных (до 21%) и сочетанных (до 64%) повреждений, и децентрализацией оказания медицинской помощи в случаях, когда дорожно-транспортные происшествия выходят за пределы городов.

В связи с этим указанные виды травм характеризуются высокой (от 10,6% до 59%) летальностью, показатель которой колеблется в зависимости от своевременности и объема медицинской помощи.

В результате проведенной работы показано, что основными причинами, снижающими эффективность медицинской помощи на догоспитальном этапе, являются: отсутствие средств связи для вызова скорой медицинской помощи (15%), отсутствие необходимой теоретической и практической подготовки участников дорожного движения к оказанию первой медицинской помощи (20%), нарушение медицинских требований и правил транспортировки пострадавших (23%); несвоевременное прибытие к месту происшествия бригады скорой медицинской помощи (35%), недостаточная подготовка врачей и среднего медицинского персонала к оказанию экстренной помощи при множественных и сочетанных травмах (25%), отсутствие противошоковых средств и средств остановки кровотечения (13%), неполноценность существующих медицинских упаковок и средств иммобилизации (10%).

Результаты исследования доказывают, что при правильной организации взаимодействия различных ведомств смертность от ДТП на месте происшествия может быть снижена до 5%, тогда как по данным литературы она превышает 20%.

Другой составляющей взаимодействия является эвакуация пострадавшего с места происше-

ствия. Основным транспортом, доставляющим пострадавших в стационар, в большинстве регионов Российской Федерации, является попутный (от 60% до 70% случаев) или сбивший (от 2,2% до 3,4% случаев) транспорт. В срок до 30 минут, когда необходимо оказать максимальный объем медицинской помощи, в лечебные учреждения доставляется только 30% пострадавших.

В ходе проведенного исследования пострадавшие доставлялись в стационар санитарным транспортом, что также существенно сказалось на снижении смертности при ДТП.

По данным опроса и анкетирования, первая помощь пострадавшим оказывается только в 5,7% случаев. По нашим данным, в 90% случаев инспектор дорожно-патрульной службы (ДПС) никогда не оказывал и не оказывает первую медицинскую помощь, а в первую очередь сохраняет дорожно-транспортную ситуацию с криминалистической точки зрения, оставляя пострадавших без первой медицинской помощи до прибытия бригады скорой помощи.

В соответствии с п. 5.1. «Положения о взаимодействии органов управления, сил и средств различных ведомств, участвующих в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий» «сотрудник дорожно-патрульной службы, прибывший на место происшествия принимает меры по оказанию неотложной помощи пострадавшим и прибытию скорой помощи».

На сегодняшний день знания сотрудников ДПС по оказанию первой медицинской помощи ограничиваются знаниями, полученными в ходе первоначальной подготовки сотрудников милиции.

Необходимость обучения сотрудников дорожно-патрульной службы, участвующих в ликвидации последствий ДТП, знаниям по оказанию первой помощи пострадавшим особенно актуальна вследствие удаленности медицинских учреждений от дорог федерального значения, отсутствия связи, плохой оснащенности и подготовки немедицинского персонала, участвующего в обеспечении безопасности дорожного движения, по оказанию первой помощи, отсутствия системы оперативного взаимосообщения между службами здравоохранения, ГИБДД, транспортными и дорожными организациями.

Таким образом, при организации взаимодействия органов управления и ведомств, участвующих в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий, приоритетными являются следующие направления:

— совершенствование законодательной базы по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения;

— разработка Постановления Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов о совершенствовании организации ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий, в том числе по оказанию медицинской помощи пострадавшим;

— разработка тактики оперативного управления силами, участвующими в ликвидации

последствий дорожно-транспортных происшествий;

— разработка мероприятий по организации оказания первой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с участием всех заинтересованных ведомств;

— совместно с заинтересованными ведомствами упорядочение учетно-отчетной документации последствий дорожно-транспортных происшествий.

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ОПТИМАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СТАНЦИИ СМП г. ЧЕЛЯБИНСКА

А.Н.Осипов, Е.В.Ершова, А.Ю.Тележкин

МУЗ Станция скорой медицинской помощи, г. Челябинск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Реформирование службы скорой медицинской помощи (СМП) предусматривает совершенствование организации и качества экстренной медицинской помощи.

После выхода в свет 26.03.1999 г. Приказа МЗ РФ № 100, определяющего организационные основы дальнейшего развития СМП, с учетом реформирования смежных областей медицины, у медицинской общественности появилось много противоречивых мнений и суждений, связанных, прежде всего, с опасением переориентации службы на фельдшерские бригады (ФБ), якобы неспособные к оказанию экстренной медицинской помощи (ЭМП) в нужном объеме и надлежащего качества.

Взгляд на роль фельдшерских и врачебных бригад в службе СМП не нов. Например, в статье «Состояние и перспективы скорой медицинской помощи» профессора кафедры скорой и неотложной помощи факультета усовершенствования врачей ММСИ им.Семашко И.Н.Стороженко подчеркнуто, что «основная кадровая единица в скорой медицинской помощи — это фельдшер, владеющий всеми приемами ургентной помощи... Врач — прежде всего куратор и консультант в СМП» [Вестник интенсивной терапии. — 1992. — № 1].

В комментарии к Приказу МЗ РФ от 11.03.2003. № 93 «Об утверждении отраслевой

программы «Скорая медицинская помощь» главного специалиста Минздрава России по СМП, директора Московского НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского А.С.Ермолова говорится, что «одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. При этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад».

Пolemика на тему: «Кто же будет рулить на скорой: врачи или фельдшера?» развернута в средствах массовой информации, специализированных медицинских изданиях. Во многих из них высказывается негативное отношение к фельдшерским бригадам, в некоторых превозносится роль специализированных бригад (СБ). Основными аргументами против ФБ выдвигаются следующие:

- отсутствие подготовленных к самостоятельному оказанию медицинской помощи фельдшеров из-за слабой системы до- и последилового обучения специалистов среднего звена;

- ограничение объема и ухудшение качества лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе, связанное с этим;

- переполнение приемных покоев и неготовность смежных этапов здравоохранения к оказанию квалифицированной ЭМП;

- возрастание доли пациентов, госпитализированных по неотложным показаниям;

- ухудшение отдаленных результатов лечения, рост социального и экономического ущерба;
- возможная потеря фонда оплаты труда в учредителях СМП и т. д.

До сих пор не найдено взаимопонимания по вопросу выбора оптимальной организационной модели службы СМП.

М.А.Кириченко и соавт. (2003) пишут: «В современных условиях, когда, с одной стороны возросли медико-социальные и юридические требования к качеству оказания медицинской помощи, а с другой — резко снижается объем ее финансирования, возникла необходимость, во-первых, в перераспределении функций между различными видами бригад СМП, их более эффективного использования и взаимодействия между собой, во-вторых, — совершенствования механизма функционирования специализированных бригад СМП и специализированных центров экстренной медицинской помощи стационаров на основе их взаимодействия» [1], т. е. в условиях кризиса экономики актуальным является поиск ресурсосберегающих технологий для сохранения надлежащего качества оказания неотложной медицинской помощи.

Основываясь на задачах отраслевой Программы по формированию современных организационных моделей оказания СМП на всех ее этапах и разработке методических рекомендаций по составу и профильности бригад с учетом сложившейся в субъектах РФ социальной инфраструктуры, мы предлагаем обоснование смешанной модели организации службы скорой медицинской помощи, существующей в г. Челябинске на протяжении нескольких десятилетий (табл. 1).

Надо отметить, что в Челябинске, в отличие от многих других городов, врачи после окончания вуза в службу скорой медицинской помощи

(СМП) практически не распределялись и в большинстве своем на Станции были представлены совместителями. Только в конце 70-х — начале 80-х годов в связи со строительством и открытием 1000-коечной больницы скорой помощи молодых врачей целенаправленно стали распределять в службу СМП. Часть из них со временем (после интернатуры) попадала на догоспитальный этап, а часть оставалась в больнице. С реорганизацией ГКБ СМП (1993 г.) и выделением Станции СМП в самостоятельное учреждение число врачей практически не увеличилось, но у руководства Станции появилась возможность отбирать для работы наиболее подготовленный персонал, укреплять врачебные и фельдшерские бригады.

Таким образом, в Челябинске еще за 10 и более лет до появления Приказа МЗ РФ № 100 среди бригад СМП общего профиля (линейных) преобладали ФБ, выполнявшие около 50% всех вызовов, а СВ составляли в среднем 20%.

Врачебные же бригады (ВБ) нами всегда отождествлялись с бригадами интенсивной терапии [2], прежде всего для поднятия престижа должности врача на скорой помощи. О «сплошной битизации» стали говорить и в других городах [3], тем более что в Приказах МЗ СССР от 29.12.1984 г. № 1490 и от 20.08.1988 г. № 404, по сути, не было разницы между должностными требованиями к врачу СМП и врачу СМП бригады интенсивной терапии (БИТ). А должностными профессиональными требованиями для врачей СМП (Приказ МЗ СССР от 21.07.1988 г. № 579) были определены специальные звания и умения по проведению интенсивной терапии. Аргументы в пользу якобы лучше оснащенной и более высокопрофессиональной БИТ по сравнению с врачебной бригадой общего профиля малоубедительны, а искусственно созданное дополнительное звено в виде БИТ

Таблица 1

Структура выездных бригад Станции скорой медицинской помощи г. Челябинска

Профиль бригады	1989 г.		1992 г.		1999 г.		2001 г.		2002 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Фельдшерские бригады	34	43,04	34	42,50	34	43,04	37,5	46,30	38	46,91
Врачебные бригады	29	36,70	29	36,25	30	37,97	28	34,57	28	34,57
в том числе педиатрические	8	—	8	—	8	—	7	—	7	—
Специализированные бригады	16	20,25	17	21,25	15	18,99	15,5	19,14	15	18,52
Всего бригад	79	100	80	100	79	100	81	100	81	100
Коэффициент обеспеченности бригадами на 10 000 населения	0,67		0,68		0,71		0,73		0,73	

между специализированными реанимационными (РБ), например, или кардиологическими бригадами (КБ) и общепрофильными ВБ создает неясность в требованиях к объему помощи БИТ, к экспертизе качества их деятельности и расколлаживает врачебный персонал бригад общего профиля. Это невольно приводит к отождествлению ВБ общего профиля и ФБ по образу мышления и выполняемым функциям.

С другой стороны, существует практика, когда в ряде территорий, особенно в небольших городах, создаются так называемые малые кардиологические бригады. Это когда «думающего» фельдшера обучают основам электрокардиографии, вручают электрокардиограф и направляют на вызовы к больным с сердечной патологией. Можно предположить, что такой фельдшер выше профессионально иного врача общепрофильной бригады (а то и врача БИТ). Не секрет, что подобное бывает.

Приходится слышать также и о «малых» БИТ, организация которых «позволила улучшить качество оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, травматическими повреждениями и острыми отравлениями» в ряде территорий [4].

Объективным критерием приоритетности посылы на вызов той или иной бригады, по нашему мнению, может служить наличие у специалиста квалификационной категории.

В Челябинске в рамках АСУ «Скорая помощь» в компьютерную базу данных закладывается пофамильно состав выездных бригад на последующую смену, и существующая программа помогает диспетчеру направлять на вызовы не только бригады нужного профиля, но и с учетом имеющихся у сотрудников квалификационных категорий (приоритет с учетом квалификации).

К сожалению, действовавшая в стране система подготовки кадров для СМП не предполагала подготовку универсального специалиста, который в одном лице был бы и педиатром, и кардиологом, и психиатром и с одинаковой степенью профессионализма мог бы решать все вопросы оказания помощи при неотложных состояниях. Поэтому некоторые врачебные специальности (должности) были структурированы по уровню обращаемости, т. е. по основным классам болезней.

Создание СБ в свое время явилось мощным скачком в развитии службы СМП. А чтобы сегодня сохранить авангардную роль СБ, необходимо обеспечить еще более высокий профессиональный их статус при условии тесного и плодотворного контакта врачей этих бригад с про-

фильными кафедрами вузов, специализированными клиническими отделениями и центрами стационаров, создавая, по сути, учебно-методические и научно-практические объединения.

Специализированной бригадой ССМП г. Челябинска наработан большой практический опыт взаимозаменяемости специалистов на до- и госпитальном этапах. В настоящее время они осуществляют преимущественно консультативную и узкоспециализированную помощь по профилям: кардиология, реаниматология, психиатрия, неврология, иногда могут направляться первично туда, где велика вероятность оказания специализированного пособия, а также, что немаловажно, являются резервом, который привлекается при возникновении нестандартных ситуаций.

Изменившиеся в течение последних лет функции СБ и показания к их вызову способствовали повышению самостоятельности линейных бригад. Так, если в начале становления специализированной службы на СМП (60–70-е годы) врачи СБ на несколько порядков были выше линейных по всем показателям, то в настоящее время появилась тенденция к выравниванию, причем за счет повышения профессионализма персонала бригад общего профиля. Этому способствовали улучшение инструментального оснащения линейных бригад, повышение квалификации на циклах тематического усовершенствования врачей и средних медработников СМП, появление элементов стандартизации медицинской помощи, ужесточение контроля качества и т. д. Примерами возросшего профессионализма являются рост манипуляционной активности (электрокардиография, интубация трахеи и проведение ИВЛ, катетеризация центральных и периферических вен, инфузионная терапия, проведение противошоковых мероприятий с учетом патогенеза и т. д.), научно-исследовательская работа по различным разделам экстренной догоспитальной помощи с публикацией результатов, стремление к аттестации на квалификационные категории и т. д.

В ряде городов для исключения затратных механизмов, связанных с большим количеством узкоспециализированных бригад, нередко дублирующих друг друга, произошло переуплотнение общепрофильных бригад и СБ в бригады интенсивной терапии [5–7].

В Челябинске в 80-х — начале 90-х годов Станция СМП последовательно отказалась от таких бригад, как лабораторная, травматологическая, хирургическая, нейротравматологическая, токсикологическая, потому что часть выполняе-

мых ими функций была несвойственна СМП и многие ЛПУ просто «паразитировали» на этих бригадах, остальные же задачи могли с успехом выполнять РБ. Перераспределив часть сложных вызовов на оставшиеся специализированные и линейные бригады СМП, мы не отметили ухудшения основных показателей работы.

В настоящее время по количеству СБ Челябинск отличается от других городов с аналогичной инфраструктурой (рис. 1–5).

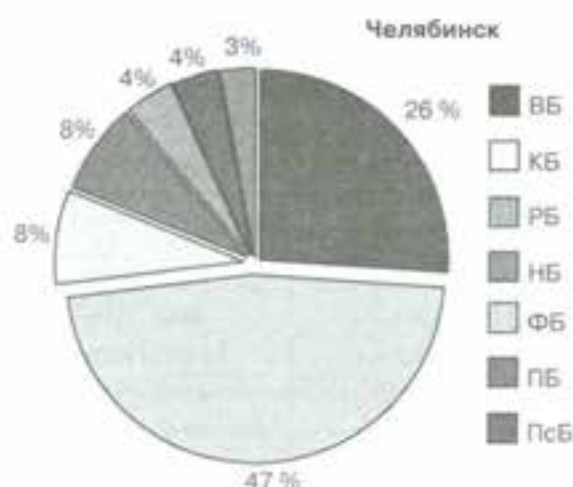


Рис. 1. Структура выездных бригад ССМП г. Челябинска.

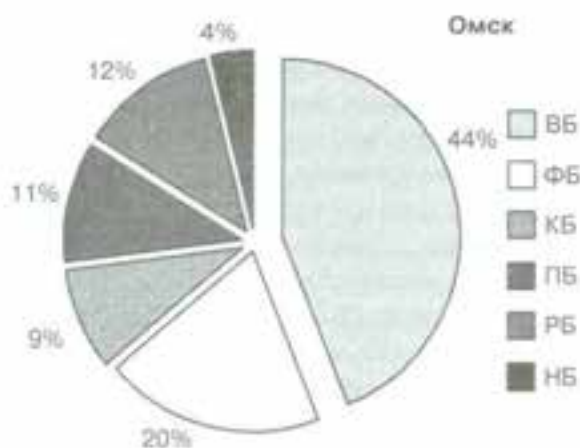


Рис. 2. Структура выездных бригад ССМП г. Омска.

Надо объективно признать, что на догоспитальном этапе не существует столько врачебных задач, которые приходилось бы решать именно ВБ, тем более такому количеству СБ. Задачей организаторов службы СМП является разумное использование имеющихся ресурсов и кадрового потенциала.

Что же считать врачебными задачами? На наш взгляд, линейные ВБ должны направляться на вызовы, требующие проведения дифференциальной диагностики и (или) квалифицированного лечения при общем синдромном подходе.

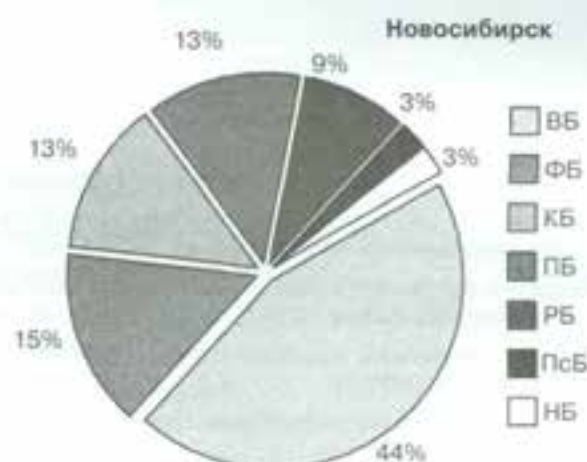


Рис. 3. Структура выездных бригад ССМП г. Новосибирска.

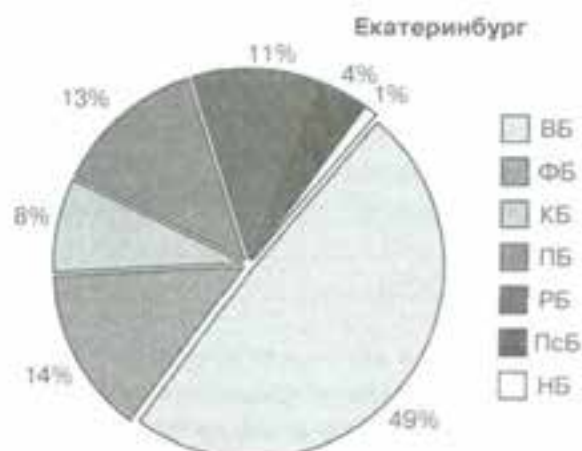


Рис. 4. Структура выездных бригад ССМП Екатеринбургa.

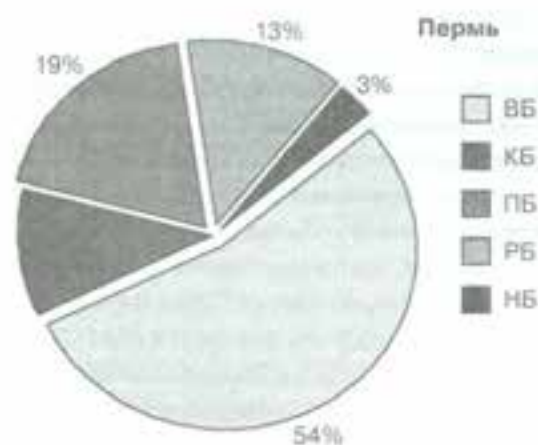


Рис. 5. Структура выездных бригад ССМП г. Перми.

На ряде станций СМП (Екатеринбург, Челябинск и др.) принята классификация вызовов по категориям сложности — клинико-статистическим группам (КСГ). Это позволяет избирательно подходить к выбору той или иной бригады.

Распределение выполненных в 2002 г. станцией СМП г. Челябинска вызовов по КСГ с учетом профиля направляемых бригад представлено в табл. 2 и 3.

Таблица 2

Соотношение выполненных вызовов по категориям сложности

Количество выполненных вызовов	Абс. число	%
Всего	315 062	100
Вызовы, закончившиеся для бригады СМП безрезультатно (КСГ-1)	15 753	5
Вызовы, не требующие проведения неотложной терапии и дополнительных методов обследования (перевозки, роды и т. п.) (КСГ-2)	100 819	32
Вызовы к больным без нарушения жизненно важных функций организма, требующие синдромной терапии (КСГ-3)	160 682	51
Вызовы к больным с жизнеопасными состояниями, которые могут привести к летальному исходу (КСГ-4)	25 204	8
Вызовы к больным в критическом состоянии, нуждающимся в интенсивной терапии и реанимации (КСГ-5)	12 604	4

Таблица 3

Структура вызовов, выполненных в 2002 г. бригадами СМП разного профиля

КСГ	Фельдшерские бригады	Врачебные бригады	Специализированные бригады
КСГ-1 15 753 (5%)	8192 (2,6%)	5671 (1,8%)	1890 (0,6%)
КСГ-2 100 819 (32%)	79 080 (25,1%)	18 274 (5,8%)	3465 (1,1%)
КСГ-3 160 682 (51%)	82 231 (26, 1%)	63 643 (20,2%)	14 808 (4,7%)
КСГ-4 25 204 (8%)	1859 (0,59%)	15 123 (4,8%)	8222 (2,5%)
КСГ-5 12 604 (4%)	441 (0,14%)	4411 (1,4%)	7752 (2,46%)

Из табл. 2 и 3 видно, что категория тяжелых больных с нарушением жизненно важных функций, требующих проведения интенсивной терапии и реанимации силами врачебных общепрофильных и специализированных бригад, составляет 12% (КСГ 4 и 5). Вызовы к больным без нарушения жизненно важных функций организма, требующих проведения синдромной терапии (КСГ 3), составляет 51%, т. е. далеко не все вызовы могут и должны обслуживаться ВВ. Следует только постараться бригаду нужного профиля направить на «свой» вызов.

В вопросах рационального использования бригад разного профиля на Станции СМП г. Челябинска большая роль отводится оперативному отделу. В рамках АСУ «Скорая помощь» все поводы к вызову унифицированы, сведены к минимуму (39), условно разделены на «срочные» (19), где велика вероятность существования реальной угрозы жизни пациента, и «отсроченные» (20), где такая угроза жизни маловероятна и необходимо лишь провести симптоматическую терапию и облегчить состояние больного, либо осуществить перевозку больного в удовлетворительном состоянии (см. ниже). При этом значительная часть «срочных» поводов является профильными для линейных ВВ, а практически все «отсроченные» — профильными для ФБ. Кроме того, в базе данных сервера АСУ находятся некоторые

больные, которые вне зависимости от срочности повода обслуживаются только ФБ (известные хронические больные, онкобольные и т. д.).

Система позволяет «попадать» поводу в диагноз более чем в 70% случаев, и при наличии свободных бригад врачи выезжают на «срочные» — врачебные, а фельдшера на «отсроченные» — фельдшерские — поводы.

Нами детально проанализированы статистические данные по некоторым поводам к вызову СМП, где в соответствии с АСУ «Скорая помощь» в приоритете ВВ:

- астма, одышка, удушье;
- парализация внезапная;
- гипотензия артериальная (обморок);
- ранение прочее;
- травма, избитие;
- кровотечение (из половых путей, легочное, кровавая рвота);
- ожог необширный;
- повод неизвестен.

По данным ретроспективного анализа сделан вывод, что на перечисленные поводы к вызову можно направлять квалифицированную ФБ, оснащенную необходимым набором медикаментов и оборудования.

С 2000 года изменен алгоритм направления бригад на 6 из 8 срочных поводов к вызову. Еще 2 повода могут быть переданы на обслуживание

Деление поводов к вызову, принятое на Челябинской станции скорой медицинской помощи

«Срочные» поводы	«Отсроченные» поводы
1. Авария	1. Актив
2. Астма, одышка, удушье	2. Аллергия
3. Асфиксия механическая	3. Боль другой локализации (в т.ч. головокружение)
4. Аритмия	4. Выпадение трубки (прямой кишки)
5. Без сознания (судороги)	5. Гипертония артериальная (АД)
6. Боль в сердце	6. Диарея
7. Гипотония артериальная (обморок)	7. Желтуха
8. Кровотечение	8. Задержка мочи острая
9. Нарушение поведения	9. Инородное тело
10. Парализация внезапная	10. Консультация (оказание помощи)
11. Ожог (обморожение)	11. Нагноение
12. Отравление	12. Онкобольной
13. Пожар (взрыв)	13. Отечность
14. Ранение	14. Парализация длительная
15. Рвота (ФБ)	15. Перевозка
16. Роды (ФБ)	16. Плач
17. Травма	17. Плохо (в том числе дрожь, онемение)
18. Умирает (посинел, хрипит)	18. Сыпь
19. Повод неизвестный	19. Температура
	20. Укус

ФБ после оснащения последних достаточным количеством электрокардиопередатчиков (ЭКП — «ЭКГ по телефону»).

По данным 2000 г. ФБ чаще выполняли вызовы, где больным достаточно объема доврачебной помощи с последующей госпитализацией (или без нее): «инфекции» — 58,9%; «опухоли, эндокринные заболевания и заболевания крови» — 66,2%; «гипертоническая болезнь» — 56,6%; «заболевания органов дыхания» — 57,8%; «хирургические заболевания органов брюшной полости» — 64,9%; «урология и другие хирургические заболевания» — 86,3%; «акушерство и гинекология» — 89,3%; «травматические повреждения» — 66,11%.

Единственная группа диагнозов, на которые ФБ попадали значительно реже остальных, составляют «заболевания сердечно-сосудистой системы» (19,2%). При этом отказы в госпитализации — 26,9% (несмотря на низкий показатель доставки — 1%) значительно превышают этот показатель у других профилей бригад (линейные ВВ — 9,2%, специализированные — 2,5%), что подчеркивает недостаточную подготовку и оснащенность ФБ для обеспечения помощи больным этого профиля.

С другой стороны, для ФБ наиболее показательны низкие, по сравнению с другими профи-

лями бригад, проценты отказов в госпитализации в группе «хирургические заболевания органов брюшной полости» — 28,7% (ВВ — 34,0%; СВ — 38,7%), так как ВВ реже попадают на повод «болит живот» и хуже знают эту патологию; в группе «урология и другие хирургические заболевания» — 34,2% (ВВ — 35,6%; СВ — 38,9%). Есть и другие группы заболеваний, где эти различия тоже в пользу ФБ, но менее выражены: «акушерство и гинекология», «гипертоническая болезнь», «неблагоприятные реакции на химические вещества и аллергические реакции».

В целом процент отказов в госпитализации от числа доставленных у ФБ и ВВ практически не отличается в группе хирургических (26,4% и 25,6%) и прочих заболеваний (29,5% и 28,4% соответственно). Но этот показатель выше у ФБ в группе терапии (18,1% — против 14,0% у ВВ).

Уровень качества оказания медицинской помощи ВВ и ФБ может оцениваться по известной методике. Для этого берется 4 основных раздела: диагностика, лечение, тактика, оформление карты вызова, каждый из которых, в свою очередь, имеет до 6 подразделов, оцениваемых по 5-балльной шкале.

Например, раздел «лечение» имеет 5 подразделов:

- рациональность набора медикаментов;

- правильность дозировки препаратов;
- рациональность последовательности введения препаратов (или лечебных манипуляций);
- оптимальность способа введения лекарств;
- полнота объема лечебных мероприятий.

Максимальная оценка каждого пункта 5 баллов, максимальная оценка раздела 25 и т. д.

Оценка работы складывается из суммы оценок по указанным 4 разделам и предварительно определяется в баллах. Затем итоговая оценка выражается в коэффициенте в виде десятичной дроби.

Получаемая количественная оценка качества медицинской помощи позволяет сравнивать работу ВВ и ФБ, с той оговоркой, что профильность у каждой бригады своя и существуют не сравниваемые, типичные ошибки для каждой группы вызовов («фельдшерских» и «врачебных»). Например, повторных вызовов в Челябинске больше у врачей, но не потому, что они хуже работают, а потому, что выезжают на более сложные вызовы, и т. д.

В целом же сравнительный анализ качества работы врачей и фельдшеров существенных различий не выявил, за исключением такой важной группы, как больные с сердечно-сосудистой патологией. Здесь бесспорный приоритет должен быть отдан ВВ.

Для сравнения: «проведенное изучение показателей работы ВВ и ФБ в Екатеринбурге наглядно свидетельствует о том, что по важнейшим показателям работы фельдшера выездных бригад заметно уступают врачам линейных бригад: диагностические и тактические ошибки у фельдшеров СМП встречаются в 1,5 раза чаще, чем у врачей СМП, и число больных, необоснованно направленных на госпитализацию ФБ СМП, также в 1,5 раза превышает этот показатель у ВВ» [8, 9]. Также результаты подсчетов, вероятно, связаны с тем, что на этапе приема вызова не учитывалась дифференциация поводов к вызову для бригад соответствующего профиля.

Если сравнивать такой показатель, как «доставка на госпитализацию в стационар», то вызывает недоумение несоответствие высоких показателей «доставки» структурному потенциалу выездных бригад в разных городах (см. рис. 1–5). Конечно, гипердиагностика в интересах больного и доставка его в стационар оправдана, но ведь мы говорим и об экономии ресурсов СМП (и тех же приемных покоев).

• Екатеринбург — 32,5–34% доставлялось на госпитализацию от общего количества вызовов;

- Омск — 30%;
- Пермь — 27%;
- Новосибирск — 22,6%;
- Челябинск — 18–20%.

Подобное несоответствие можно также объяснить разными методиками подсчета. Но ведь 34% доставленных на госпитализацию от общего количества вызовов означает, что из 100 пациентов СМП 34 были госпитализированы; 20% — 20 человек из 100 и т. д. Если же эти цифры получаются с учетом перевозок, то ведь перевозки осуществляются по направлению врачей ЛПУ, а не СМП, и тогда судить о качестве работы нельзя.

Напрашивается другой вывод. Либо в Челябинске занижена потребность в экстренной госпитализации, либо существующим бригадам «хватает соответствующих знаний и навыков», чтобы диагностировать заболевания, оказывать необходимую помощь и оставлять больных дома. Для объективной оценки этого нами учитываются такие показатели, как процент повторных вызовов, поздняя госпитализация, досуточная летальность и т. д.

В понятие квалификации персонала СМП входит, конечно же, уровень необходимой подготовки. В Челябинске эти вопросы решены за счет многолетнего тесного сотрудничества Станции с учебными заведениями, осуществляющими до- и последипломное обучение медицинского персонала для службы СМП. Основной базой для прохождения производственной практики являются линейные подстанции, так как здесь выше интенсивность поступления вызовов и шире диапазон критических ситуаций, чем в работе подстанции СБ.

Большое значение в профессиональном становлении персонала выездных бригад имеет авторитет непосредственных руководителей. В Челябинске на должностях заведующих подстанциями находятся преимущественно врачи-реаниматологи с многолетним опытом работы в реанимационном отделении крупнейшей клинической больницы и в выездных бригадах СМП. На правах «начмедов подстанций» работают старшие врачи из числа опытных кардиологов.

Смешанная модель организации СМП в г. Челябинске существует в пределах утвержденного фонда оплаты труда на 80–82 «полноценные» бригады. В рамках бригадной формы организации и оплаты труда коллективы подразделений, используя принцип разумной достаточности, определяют количественное соотноше-

ние бригад разного профиля и закрепляют это договорными отношениями с администрацией станции. По условиям договора фельдшера сами заинтересованы самостоятельно выполнять вызовы с надлежащим качеством, т. е. доплата по КТУ является для них материальным стимулом дальнейшего профессионального роста.

«Допуск к самостоятельному обслуживанию вызовов» теоретически осуществляется еще на этапе приема на работу, когда молодой специалист либо медработник со стажем на нескольких уровнях должен подтвердить свою профессиональную пригодность к работе в специфических условиях СМП (автоматизированный тест-контроль по различным разделам неотложной медицины, сдача зачета по практическим навыкам, комплексная психологическая оценка личностных качеств, устная экзаменовка на комиссии по контролю базисных знаний).

Таким образом, отработанная со смежными этапами модель оказания скорой медицинской помощи в г. Челябинске позволяет в целом признать ее эффективной в данных социально-экономических условиях для городов с аналогичной инфраструктурой.

ВЫВОДЫ

1. При выборе оптимальной организационной модели службы СМП нужно принимать во внимание уровень изменений, уже произошедших как в самой службе, так и в условиях, в которых ее персоналу приходится оказывать экстренную медицинскую помощь.

2. Неготовность смежных этапов к преобразованиям не должна являться тормозом для реформирования службы СМП.

3. Среди большого разнообразия вызовов для СМП есть вызовы, которые могут и должны выполняться фельдшерскими бригадами, возможно, повышение значимости фельдшерских бригад станет следующим «мощным скачком» в развитии службы СМП и смежных этапов здравоохранения.

4. При определении необходимого количества бригад того или иного профиля следует учитывать структуру выполненных вызовов по КСГ.

5. Создание оптимальной организационной модели службы СМП невозможно без оптимизации управления ею, а также дифференцированной подготовки кадров при условии реформирования смежных этапов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кириченко М.А., Бушуев А.В., Фиалко В.А.* Организация научно-практического объединения «Скорая медицинская помощь» — как один из перспективных вариантов совершенствования многоэтапной экстренной специализированной помощи в крупном промышленном центре // Проблемы взаимодействия до- и госпитального этапов СМП и их решение в крупном городе: Сб. — Екатеринбург, 2003. — С. 14–18.
2. *Осипов А.Н., Чубатов И.В., Балакаев С.Н.* Опыт совершенствования подготовки врачей линейных бригад по овладению дополнительными практическими навыками, а также оказанию адекватной ЭМП тяжело больным и пострадавшим // Современные аспекты организации и подачи экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Сб. — Екатеринбург, 1998. — С. 75–78.
3. *Бушуев А.В.* Оптимизация лечебно-диагностической деятельности выездных бригад станции скорой медицинской помощи в современных условиях // Современные аспекты организации и подачи экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Сб. — Екатеринбург, 1998. — С. 37–39.
4. *Попов В.П., Колясников О.В. и др.* Организация специализированной скорой медицинской помощи в городах Свердловской области // Специализированная скорая медицинская помощь: уроки, реальность, перспективы: Сб. — Екатеринбург, 2000. — С. 29–31.
5. *Рогов В.В., Глебов О.И., Большова Г.И.* Бригады интенсивной терапии, как перспектива совершенствования качества оказания экстренной медицинской помощи // Стандарты оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Сб. — Вологда, 1996. — С. 59–61.
6. *Марков В.В.* Организационно-экономические проблемы службы скорой медицинской помощи г. Тюмени // Организация здравоохранения: проблемы и решения: Сб. — Екатеринбург; Челябинск; Тюмень, 2000. — С. 178–181.
7. *Ким Ю.С.* Бригада интенсивной терапии на отделенной подстанции: решенные и нерешенные проблемы // Организация и оказание экстренной медицинской помощи населению: Сб. — Хабаровск, 2002. — С. 134–143.
8. *Фиалко В.А., Улыбин И.Б.* О путях реформирования отечественной службы скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. — 2000. — Т. 1, № 3. — С. 42–50.
9. *Супрунов Ю.* «03»-2003 // Медицинская газета. — 2003. — № 89.

ОПЫТ РАБОТЫ ЧЕРЕПОВЕЦКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

А.Н.Вепрев, В.Н.Стратий

Станция скорой медицинской помощи, г. Череповец, Россия

© А.Н.Вепрев, В.Н.Стратий, 2004 г.

Череповец является крупным промышленным центром Северо-Западной части России. Ведущие отрасли экономики города представлены металлургией, производством минеральных удобрений, химическим производством, деревообрабатывающей и строительной индустрией.

Наряду с высоким промышленным потенциалом, город имеет большое значение как крупный транспортный узел. Через него проходит железнодорожная магистраль Вологда — Санкт-Петербург и Волго-Балтийский водный путь.

На территории Череповца расположено 8 объектов, производящих или потребляющих в производстве аварийно-химически опасные вещества (АХОВ). Общее количество аммиака, хлора, бензолов, концентрированной азотной кислоты, аммиачной селитры и других веществ составляет десятки тысяч тонн. В зонах возможного химического заражения при авариях на химически опасных объектах проживают до 320 000 человек, что составляет 95% общей численности населения города. Возможные потери населения в очагах поражения могут составить до 60 000 человек.

Цель настоящей статьи — поделиться опытом по ликвидации последствий различных аварий и катастроф в крупном промышленном городе.

При возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС) основным звеном, решающим медицинские задачи, в первые часы является скорая медицинская помощь (СМП). Главная задача службы СМП — оказание медицинского пособия в возможно ранние сроки, что является решающим для спасения жизни пострадавших при травмах и несчастных случаях.

Работа по организации медицинской помощи в условиях ЧС проводится согласно разработанным инструкциям, в которых установлен порядок действий диспетчерской службы, старшего врача смены и выездных бригад СМП, четко и конкретно отработана связь с заинтересованными службами и учреждениями.

При организации медицинской помощи в зоне ЧС мы учитывали необходимость выполнения следующих задач:

1) быстрое прибытие бригад СМП на место ЧС или пункт сбора пострадавших;

2) обеспечение быстрой и правильной оценки состояния пострадавших и проведение их сортировки в зависимости от срочности оказания первой медицинской помощи и эвакуации;

3) тщательный осмотр каждого пострадавшего для определения способов и последовательности оказания первой медицинской помощи и транспортировки;

4) своевременная доставка пострадавших в профильные лечебные учреждения.

После сигнала о произошедшей аварии к месту происшествия сразу же выезжает бригада интенсивной терапии (БИТ), дополнительно укомплектованная укладкой на 10 пораженных и средствами индивидуальной защиты при выбросах отравляющих веществ (изолирующие противогазы ИП-4М, костюмы химической защиты). Укладки укомплектованы дополнительным количеством перевязочного материала, средств противошоковой терапии и транспортной иммобилизации. Перед выездом старший врач смены информирует персонал бригады о характере ЧС, местах сбора пострадавших, путях подъезда к зоне ЧС, а также назначает руководителя работ в зоне ЧС (обычно до прибытия руководителя вышестоящей организации это врач бригады интенсивной терапии). В зоне ЧС бригады СМП выполняли медицинскую сортировку и помощь, осуществляли на месте медицинскую разведку, собирали информацию о числе и тяжести состояния пострадавших и основном характере повреждений.

Всю ответственность по руководству бригадами СМП и организации медицинского обеспечения ЧС до развертывания оперативного штаба берет на себя старший врач смены, который находится в оперативном отделе СМП. Одновременно с направлением бригад проводится оповещение всех задействованных служб города и должностных лиц с указанием первых оперативных данных о числе пострадавших, характере ЧС и количестве бригад, направленных в зону ЧС. При первом уведомлении старшим врачом задейство-

ванных лиц и служб о ЧС обязательно оговаривался временной промежуток связи для доклада, чтобы иметь время работы с бригадами в очаге.

При получении информации о большом числе пострадавших на место ЧС дополнительно отправлялись бригады СМП из расчета:

иммобилизация, наложение повязок, промывание водой слизистой оболочки глаз, щадящая и быстрая транспортировка в стационар. Параллельно в необходимом объеме проводились контроль и поддержание дыхания и кровообращения, противошоковая терапия.

Таблица

Перечень чрезвычайных ситуаций и количество задействованных бригад СМП

Чрезвычайная ситуация	Число пострадавших			Количество бригад СМП
	всего	в тяжелой состоянии	в состоянии средней степени тяжести	
Отравление аргоном	7	2	—	2
Отравление парами хлора	26	1	7	14
Разрыв трубопровода с аммиаком	20	3	4	12
Обрыв строительного лифта	12	8	3	10
Взрыв котла на ТЭЦ	6	3	3	5
Взрыв на складе электродного цеха	1	1	—	1
Взрыв на фанерно-мебельном комбинате	6	2	4	4
Разрыв трубы на ТЭЦ	6	1	2	4
Пожар и обрушение галерей на коксохимическом производстве	18	6	4	10

- 3 пострадавших — 2 бригады (из них 1 БИТ);

- до 5 пострадавших — 3 бригады (из них 1 БИТ);

- до 10 пострадавших — 3 бригады на каждые 5 пострадавших;

- свыше 50 пострадавших — 5 бригад на каждые 10 пострадавших.

При отсутствии данных о числе пострадавших на место аварии высылались две бригады (из них 1 БИТ). В зоне ЧС бригады СМП переходят на связь, настроенную на волну оперативных служб города и области, а при необходимости и на весь Северо-Западный регион.

Своевременное оказание первой медицинской помощи пострадавшим имеет решающее значение в сохранении их жизни и предупреждении развития осложнений. Это достигается путем привлечения достаточного количества бригад СМП. При небольшом числе пострадавших мы все-таки ориентировались на тяжесть их состояния и старались обеспечить каждого тяжелого пострадавшего бригадой СМП.

В таблице указаны лишь некоторые ЧС, в которых были задействованы бригады СМП города Череповца в 1998–2003 гг.

На месте аварии, в зависимости от состояния пострадавших, обязательными являются остановка кровотечения, полноценное обезболива-

ние, иммобилизация, наложение повязок, промывание водой слизистой оболочки глаз, щадящая и быстрая транспортировка в стационар. Параллельно в необходимом объеме проводились контроль и поддержание дыхания и кровообращения, противошоковая терапия.

При организации работ по оказанию помощи детям необходимо учитывать, что в этих случаях нельзя рассчитывать на само- и взаимопомощь, поэтому медицинская помощь должна оказываться в первую очередь. Все пострадавшие дети, независимо от тяжести поражения, должны рассматриваться как носилочные. Следует учитывать, что детям свойственно неконтролируемое поведение, затрудняющее оказание первой медицинской помощи. Поэтому уже на догоспитальном этапе мы считаем необходимым привлечение психологов. Для этого созданы бригады психологов, которые направляются на место аварии.

В случаях «телефонного терроризма» «минируют», как правило, объекты и учреждения с большим числом людей. При поступлении таких вызовов обычно направляются две бригады СМП. При этом в режиме готовности находится максимально возможное количество выездных бригад для создания резерва. Совместно с диспетчерами прием вызовов ведут врачи линейных бригад, которые принимают только экстренные вызовы и дают рекомендации по доврачебной помощи.

В целом наш опыт работы позволяет рекомендовать следующие правила работы при возникновении ЧС:

- 1) освободить одного диспетчера для работы с бригадами в зоне ЧС;

2) обеспечить связь на волне оперативных служб;

3) при первичном уведомлении задействованных лиц и служб об аварии оговорить временной промежуток связи для докладов, чтобы иметь время для работы с бригадами в очаге поражения;

4) обязательно инструктировать персонал об использовании средств индивидуальной защиты при подъезде к очагу, о порядке и подчинении при работе по оказанию помощи, об оптимальных путях подъезда и рассредоточения бригад;

5) при наличии возможности эвакуации сразу, без проведения сортировки, работа должна вестись по принципу: бригада меняет бригаду;

6) в случаях «телефонного терроризма» создавать резерв выездных бригад, определить место стоянки санитарных машин, ограничить прием вызовов с переключением их на филиалы;

7) при предполагаемом массовом поступлении пострадавших сразу же решить вопрос о местах госпитализации, кроме дежурных лечебных учреждений;

8) при массовых катастрофах и авариях начать действия с организации сортировочного пункта в близлежащих строениях или использовать санитарный транспорт, приступать к эвакуации только после прибытия дополнительных сил и средств;

9) привлекать психологов для работы с пострадавшими, особенно детьми;

10) после ликвидации медицинских последствий ЧС оформить и передать в территориальный центр санитарно-эпидемиологического надзора (при необходимости), городской и областной ЦЭМП все необходимые документы;

11) старший врач смены должен постоянно находиться в оперативном отделе станции СМП, осуществлять связь с местом катастрофы, с приемными отделениями стационаров и другими задействованными службами.

Наш опыт свидетельствует о необходимости повышения квалификации персонала не только по оказанию экстренной медицинской помощи пораженным, но и по организации такой помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.В.Савельев, С.Ю.Хабибуллин

Городская станция скорой медицинской помощи, г. Тольятти, Россия

© О.В.Савельев, С.Ю.Хабибуллин, 2004 г.

Среди проблем современного реформирования здравоохранения проблемы качества медицинской помощи, которое призвано обеспечить, в конечном итоге, конституционные права граждан, должны занимать особое место. Коллегия МЗ РФ 18.03.2003 г. приняла целевую программу «Управление качеством в здравоохранении», носящую декларативный характер:

1. Систему здравоохранения должны формировать нужды пациентов.

2. Обеспечение качества является приоритетной целью здравоохранения.

3. Необходимо принципиальное изменение качественных систем организации медицинской помощи.

4. Необходимо внедрение менеджмента в медицинские организации, которые в большинстве своем являются учреждениями несамостоятельными, не имеющими возможности управлять денежными потоками.

Внимание к вопросам качества медицинской помощи отражает в действительности переход от

экстенсивного к интенсивному пути развития здравоохранения и является одной из крайних проблем реформирования здравоохранения. Увеличение затрат на модернизацию материально-технической базы, совершенствование медикаментозного обеспечения и оплату труда не гарантирует улучшение качества, так как качество определяется не только уровнем и количеством единиц технологического оборудования, объемом лекарственных средств, но и тем, как они используются. Для достижения желаемого результата, кроме инвестиций, важно решить проблему управления качеством медицинской помощи. Только при этом условии можно рассчитывать на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения и обеспечить доступность медицинской помощи.

Цель настоящей статьи — показать комплексный подход к решению данной задачи, принятый на станции скорой медицинской помощи г. Тольятти, работающей в условиях обязательного медицинского страхования (рисунок).

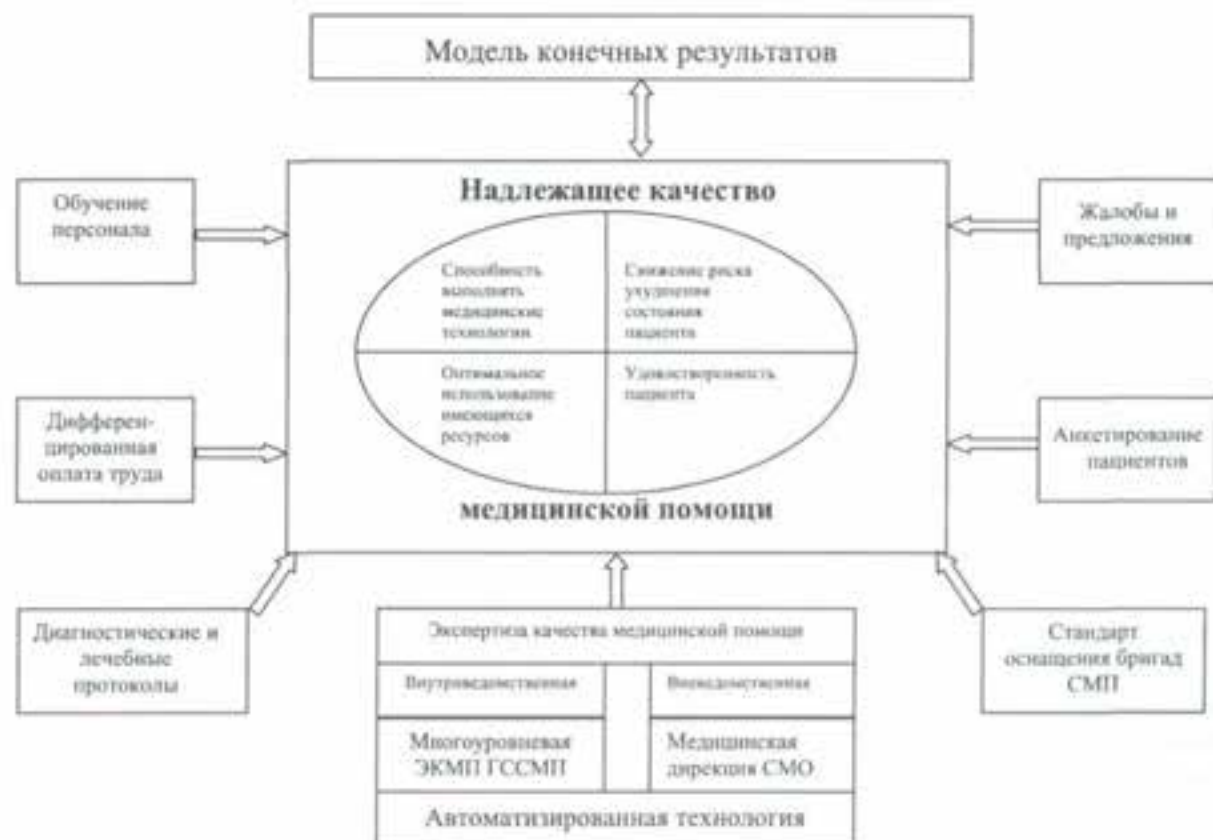


Рисунок. Компоненты обеспечения качества медицинской помощи на Городской станции скорой медицинской помощи г. Тольятти.

Не останавливаясь подробно на формах и методах обучения персонала, сосредоточимся на остальных компонентах обеспечения качества. Создание системы экспертизы и управления качеством медицинской помощи является частью комплексной программы развития и реформирования здравоохранения города Тольятти.

Основную цель этой программы можно выразить в следующем: создание правовых, финансово-экономических, организационно-хозяйственных механизмов оптимального использования имеющихся ресурсов здравоохранения города для обеспечения гарантий надлежащего качества и объема медицинской помощи гражданам.

Департаментом здравоохранения города принят нормативный документ, определяющий порядок проведения внутриведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. В этом документе содержится понятийный аппарат, который служит основой для постановки экспертизы качества медицинской помощи на Городской станции скорой медицинской помощи.

Качество медицинской помощи (КМП) — это свойство взаимодействия руководителя выездной бригады и пациента, определяемое способностью руководителя выездной бригады снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента забо-

левания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с бригадой СМП.

Надлежащее качество медицинской помощи — соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о ее адекватности, эффективности и научно-техническом уровне при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей городской станции скорой медицинской помощи.

Неадекватное качество медицинской помощи выражается в наличии ошибки руководителя выездной бригады скорой медицинской помощи.

Ошибка руководителя выездной бригады — это такое неправильное действие или бездействие руководителя выездной бригады, которое затруднило или могло затруднить выполнение медицинских технологий, способствовало или могло способствовать увеличению или неснижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса, неоптимальному использованию ресурсов медицины и (или) неудовлетворенности пациента от взаимодействия с руководителем выездной бригады СМП.

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) — исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, выполняемое врачом-экспертом, в задачи которого входит выявление ошибок руководителей выездных бригад, описание их реальных и возможных следствий, выяснение причин возникновения ошибок руководителя выездной бригады, обоснование заключения и составление рекомендаций по их предотвращению.

Поскольку экспертиза качества медицинской помощи является развивающейся и совершенствующейся системой, все ее изменения, дополнения и усовершенствования по представлению клинико-экспертной комиссии согласовываются и утверждаются главным врачом ГССМП г. Тольятти и представителями рабочего коллектива в виде дополнительных соглашений.

На станции скорой медицинской помощи определены элементы экспертизы качества медицинской помощи руководителей выездных бригад: дефект оформления документации; дефект сбора информации о пациенте; дефект диагноза; дефект лечения; дефект преемственности.

Целью экспертизы качества медицинской помощи является обеспечение гарантий скорой медицинской помощи надлежащего качества на догоспитальном этапе.

Среди задач экспертизы качества медицинской помощи выделяются:

1. Выявление типичных ошибок руководителей выездных бригад и определение их причин.
2. Выявление руководителей выездных бригад с низкой квалификацией для принятия мер по ее повышению.
3. Обоснование дифференцированной оплаты работы врачей и фельдшеров.
4. Обеспечение объективности оценки деятельности персонала при подготовке к аттестации.
5. Подготовка обоснованных проектов согласованных управленческих решений по обеспечению конкретных гарантий надлежащего качества медицинской помощи в определенных подразделениях Городской станции скорой медицинской помощи.

Основными документами, по которым проводится экспертиза качества медицинской помощи Городской станции скорой медицинской помощи, являются карта вызова скорой медицинской помощи и отрывной талон сопроводительного листа.

Предметом экспертизы качества медицинской помощи является ошибка руководителя

выездной бригады, ее реальные и возможные негативные последствия.

Экспертная оценка проводится на основании сравнения карт вызовов с согласованными между экспертами ведомственными стандартами медицинской помощи на догоспитальном этапе и анализа отрывных талонов сопроводительных листов по данным стационаров.

На ГССМП г. Тольятти приняты 3 вида учреждений стандартов: требования к знаниям персонала — клинические протоколы, требования к возможностям выездных бригад по оказанию скорой медицинской помощи — стандарты оснащения бригад и требования к умению персонала — стандарты практических навыков. Клинические протоколы разработаны на основе «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (2001) [1].

Для среднего медицинского персонала выездных бригад скорой медицинской помощи элементы экспертизы качества медицинской помощи представлены следующим образом: дефект по соблюдению асептики и антисептики; дефект по соблюдению правил деонтологии; дефект по соблюдению правил содержания аппаратуры; дефект по выполнению назначений руководителя выездной бригады.

Текущей ЭКМП подвергаются все случаи летальных исходов, повторных вызовов, запросов помощи (вызовов специализированных бригад «на себя»), а также случаи с применением наркотических или сильнодействующих средств.

Тематическая ЭКМП — по руководителям выездных бригад, позологическим формам, подстанциям, результатам вызова и т. п. Ее объем и сроки назначаются решением клинико-экспертной комиссии и проводятся по специальным выборкам карт врачами-членами КЭК.

Для тематической экспертизы выбираются случаи, когда текущая экспертная оценка руководителя бригадой значительно ниже общестанционной, по темам научно-практических общестанционных конференций и т. п.

Выборочная экспертиза проводится по случаям устных или письменных жалоб граждан и дефектурам от других лечебно-профилактических учреждений и страховых медицинских организаций.

В ЭКМП используется методика автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи, опубликованная нами ранее [2, 3].

Экспертную работу выполняют подготовленные по специальной программе врачи, имеющие квалификационные категории врача СМП и свидетельство эксперта.

Экспертиза качества выполняется на 4 уровнях:

1. Экспертную оценку работы среднего медицинского персонала выездных бригад проводит руководитель выездной бригады.

2. Экспертной оценкой карт вызовов занимаются врачи-эксперты.

3. Контроль 2-го уровня экспертизы обеспечивает заместитель главного врача ГССМП по медицинской части.

4. Комиссионный разбор качества оказания медицинской помощи по данным врачей-экспертов проводится на заседаниях клинко-экспертной комиссии ГССМП.

Контроль за 1-3-м уровнями экспертизы осуществляется заместителем главного врача ГССМП по медицинской части, а за 4-м уровнем — главным врачом ГССМП.

При обоснованном несогласии руководителя выездной бригады с экспертной оценкой его вызова проводится коллегиальный экспертный разбор этого случая на КЭК ГССМП, а при обоснованном несогласии с решением КЭК ГССМП — независимая внешняя экспертиза.

Результаты всех видов экспертизы качества медицинской помощи представляются в виде актов и протоколов, обсуждаются на клинко-экспертной комиссии для принятия соответствующих решений и предложений главным врачом ГССМП.

По результатам работы экспертов с помощью компьютерной программы автоматически производится расчет экспертной оценки (ЭО) по формуле:

$$\text{ЭО} = \frac{\text{ККзБ} + \text{ККзЗ} - \text{СПБ}}{\text{Количество вятых карт}}$$

где: ККзБ — количество карт без замечаний; ККзЗ — количество карт с замечаниями; СПБ — сумма штрафных баллов.

Экспертная оценка участвует в определении премиальной составляющей оплаты труда персонала.

Основой поощрения каждого сотрудника служит дифференцированный, в соответствии с его личным вкладом в общий результат труда, подход, где учтены как количественные, так и качественные показатели работы. Учитывая специфику работы службы скорой медицинской помощи,

применяется следующая схема для расчета размера поощрения каждому сотруднику:

$$Tc \times \frac{Fov}{Hrv} \times \frac{Fвкв}{Hв} \times Эо \times Пк,$$

где: Tc — тарифная ставка; Fов — фактически отработанное время; Fвкв — фактически выполненное количество вызовов; Hrv — норма рабочего времени; Hв — Норма вызовов; Эо — экспертная оценка; Пк — поправочный коэффициент.

• Тарифная ставка — ставка первого разряда с учетом тарифных коэффициентов, которые устанавливаются, исходя из размера тарифной ставки, ученой степени и почетного звания, тарифно-квалификационных характеристик служащих и профессий рабочих с учетом условий работы;

• Фактически отработанное время — время, отработанное работником в определенной должности.

• Норма рабочего времени — нормальная продолжительность рабочего времени за отчетный период.

• Фактически выполненное количество вызовов — для медицинского персонала, работающего в выездных бригадах, расчет количества вызовов производится по профилям бригад отдельно, при этом не учитываются безрезультатные вызовы, необоснованные вызовы; для персонала, не работающего в выездных бригадах структурного подразделения, расчет производится, исходя из общего количества вызовов, выполненных структурным подразделением, за исключением безрезультатных и необоснованных вызовов.

• Норма вызовов устанавливается для различных профилей выездных бригад путем хронометража рабочего времени бригад, с учетом социальной значимости бригад и коэффициента их загруженности:

- линейная бригада — 12 вызовов в сутки;
- кардиологическая бригада — 7,1 вызова в сутки;
- неврологическая бригада — 7,2 вызова в сутки;
- анестезиолого-реанимационная бригада — 7,0 вызовов в сутки;
- бригада по перевозке больных и роже-ниц — 12,0 вызовов в сутки;
- фельдшерская бригада — 12,0 вызовов в сутки.

Для персонала, не работающего в выездной бригаде, норма устанавливается, исходя из фактического суточного количества бригад в струк-

турном подразделении по профилям, нормы вызовов по профилю бригад и количества дней в отчетный период.

- Экспертная оценка равна максимально 1,0. При выявлении экспертной оценки качества ниже 0,6 проводится разбор дефектуры соответственно уровню экспертизы. При аналогичном показателе в ходе 2–3 проверок разбор проводится КЭК, которая принимает решение в пределах своей компетенции и выносит главному врачу свои предложения.

- Поправочный коэффициент — коэффициент, корректирующий уменьшение или увеличение расчетного размера поощрения сотрудника, исходя из наличия средств, направляемых на эти цели.

Кроме того, в положении по оплате труда работников муниципального учреждения здравоохранения Городской станции скорой медицинской помощи введены факторы, влияющие на выплату поощрения: снижающие или повышающие его размер.

Снижение от 100% до 25%: производится при дисциплинарных нарушениях, неисполнении функциональных обязанностей, отказе страховой медицинской организации в оплате выполненного вызова по причине низкого качества медицинской помощи и т.п.

Повышающие факторы: работа бригады в неполном составе, поощрение членов клинико-экспертной комиссии, работа фельдшера руководителем бригады и т. п.

Страховые медицинские организации осуществляют вневедомственный контроль за объемом, сроком и качеством медицинской и лекарственной помощи, оказанной застрахованному в системе ОМС. В составе страховых медицинских организаций создаются дирекции по медицинским вопросам, основными функциональными направлениями деятельности которых являются проведение экспертизы качества медицинской помощи для выявления врачебных ошибок, оказывающих влияние на состояние пациентов, в том числе по медицинским документам, представленным административными органами, прокуратурой, следствием, проведение служебных расследований случаев оказания некачественной помощи по письменным обращениям застрахованных. Кроме того, в задачи медицинской дирекции входят:

1. Организация и проведение медико-экономической экспертизы счетов.
2. Осуществление экспертизы качества медицинской помощи по законченному случаю лечения.

3. Контроль выполнения условий оказания медицинских услуг, предусмотренных договорами с медицинскими учреждениями.

4. Защита прав застрахованных.

5. Проведение статистических исследований для определения уровня заболеваемости отдельных групп населения.

6. Исследование ресурсных и кадровых возможностей ЛПУ по оказанию медицинских услуг.

Важная роль в координации действий участников системы ОМС по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи в г. Тольятти отводится «Центру экспертизы обеспечения прав пациентов и врачей». Являясь по форме некоммерческим партнерством, Центр выступает как еще одна независимая экспертная организация, проводящая вневедомственный контроль качества медицинской помощи.

В управлении качеством в г. Тольятти участвуют такие методы, как анкетный опрос населения об удовлетворенности объемом и качеством скорой медицинской помощи. С этой целью респондентам предлагается ответить на ряд вопросов, касающихся культуры общения с ними диспетчерского и выездного персонала скорой медицинской помощи, затруднений при передаче вызова по «03» и ожидании прибытия бригады скорой помощи, удовлетворенности пациентов полнотой и качеством скорой медицинской помощи.

Одной из форм обратной связи с пациентами скорой медицинской помощи являются устные и письменные обращения с жалобами и предложениями. При обращении граждан проводится служебное расследование, состоящее из рассмотрения обоснованности жалобы или предложения, обязательного проведения экспертизы качества медицинской помощи. Решение по обращениям принимается коллегиально на заседании клинико-экспертной комиссии.

Попыткой объединить направления обеспечения качества медицинской помощи с другими показателями эффективности деятельности учреждения стало создание в Самарской области интегральной оценки работы станций скорой медицинской помощи, которая получила название модели конечных результатов. В основе модели лежат количественные и качественные показатели, которые определяют сущность службы скорой медицинской помощи.

К так называемым показателям результативности относятся показатели своевременности выезда бригад на вызовы, использования в работе средств радиосвязи, передачи информации

о пациентах в амбулаторно-поликлиническую сеть, экспертная оценка работы бригад.

Каждый показатель оценивается в баллах, вырабатывается норматив и определяется отклонение от норматива по фактическим показателям станции и подстанций. Максимальная сумма баллов по нормативам принята равной 38.

Показателями дефектов считаются наличие обоснованных жалоб в расчете на 100 000 населения, нарушения трудовой дисциплины на 100 работающих, обоснованная дефектура по объему и качеству оказания скорой медицинской помощи на 100 доставленных в стационары больных.

На основании полученных данных определяется коэффициент качества:

$$КК = \frac{X-Y}{38} = Z,$$

где X — сумма фактических баллов по показателям результативности; Y — сумма баллов за дефекты в работе.

Коэффициент качества ниже 0,8 считается неудовлетворительным и говорит о значительных упущениях в работе подразделения или учреждения, от 0,8 до 0,9 — удовлетворительным, свыше 0,9 — свидетельствует о нормальном функционировании службы скорой медицинской помощи.

За последние 3 года интегральная оценка работы станции скорой медицинской помощи г. Тольятти выросла от 0,81 до 0,94.

Все сказанное позволяет сделать вывод, что вопросы управления качеством скорой медицинской помощи относятся к категории комплексных и не ограничиваются только экспертизой качества медицинской помощи. Вместе с тем экспертиза качества медицинской помощи как основополагающий элемент системы управления качеством весьма многообразна как по форме, так и по методам ее проведения и может быть использована для принятия дифференцированных управленческих решений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации* / Под ред. А.Г.Мирошниченко, В.А.Михайловича. — СПб., 2001. — 128 с.
2. *Савельев О.В., Миляков В.П., Мецгеран А.Е.* Проблема качества оказания скорой медицинской помощи как аспект прав пациента в системе обязательного медицинского страхования (опыт совместной работы городской станции скорой медицинской помощи и страховой медицинской компании «АСКО-ВАЗ» г. Тольятти) // *Скорая медицинская помощь.* — 2002. — № 2. — С. 43-44.
3. *Савельев О.В., Ресманский А.В., Хабибулин С.Ю.* Применение автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи для анализа случаев повторного обращения на городскую станцию скорой медицинской помощи г. Тольятти // *Скорая медицинская помощь.* — 2003. — Т. 4, № 3. — С. 20.

ВОСПИТАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АСПЕКТА В ОБУЧЕНИИ ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИНИМАЮЩЕГО УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

М.Д.Петраш, А.А.Войков, В.А.Филинов

Санкт-Петербургская городская станция скорой медицинской помощи, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

ВВЕДЕНИЕ

В результате бурного научно-технического прогресса, имевшего место в XX веке, мы наблюдаем повышение производительности труда, рост благосостояния и интеллектуального потенциала общества, но и в то же время нам приходится сталкиваться с большим количеством новых уг-

роз, в том числе и глобальных. Количество катастроф природного и техногенного характера растет год от года, а вместе с ним увеличиваются и масштабы ущерба.

Это обусловлено рядом причин: увеличением плотности населения Земли, прогрессирующей урбанизацией территорий и, как следствие, —

антропогенным воздействием на окружающую среду, наблюдающимся глобальным изменением климата.

Сегодня можно слышать совершенно нестандартное определение чрезвычайной ситуации (ЧС): наша жизнь — единая чрезвычайная ситуация, к которой сложно приспособиться, а особенно детям.

Чрезвычайные ситуации (катастрофы), стихийные или спровоцированные человеческой деятельностью, — это спонтанные события, приводящие к неуправляемым разрушительным последствиям [1]. Происходит серьезный срыв в жизнедеятельности общества, который ведет к большим человеческим и материальным потерям. По мере развития цивилизации и достижения прогресса менялись опасности, угрозы, но проблема обеспечения безопасности всегда была актуальной.

При возникновении ЧС с взаимосвязанными природными и техногенными факторами риска возникает значительное число пострадавших. Кроме физической травмы, люди получают травму психологическую. Ряд исследований показывает, что во многих экстремальных ситуациях основными факторами, обеспечивающими защиту и выживание населения, оказываются психологические установки человека, морально-этические нормы, которые он несет в себе.

На протяжении столетий человеческой истории первой естественной реакцией на катастрофу была попытка хотя бы частично удовлетворить потребности выживших жертв в одежде, крове, пище и воде, хотя бы на то время, которое требуется для приведения в относительный порядок остаток их разрушительного быта. В связи с этим в ликвидации последствий ЧС принимают участие разные службы. Не зря это проблема междисциплинарного характера.

Персонал, принимающий участие в ликвидации последствий ЧС, стремится быть полезным, обладает различным опытом и умениями, но, к сожалению, не всегда позитивными. Зачастую эти люди составляют серьезную проблему с точки зрения планирования и осуществления программы ликвидации последствий ЧС. После того, как человек, не имеющий определенного опыта, направлен в зону бедствия для оказания помощи и активно включается в работу, не вписываясь в сложившуюся систему, ни он, ни его руководители уже не могут что-либо изменить. Обычно это приводит к возникновению психологического дискомфорта.

Особая роль при ликвидации последствий ЧС отводится спасательным службам, в том числе медицинским формированиям службы медицины катастроф (СМК). Важнейшая структурная составляющая СМК — скорая медицинская помощь (СМП) — исторически формировалась как особый вид и система медицинских мероприятий при угрожающих здоровью и жизни состояниях — несчастных случаях и острых внезапных заболеваниях. Сама профессиональная деятельность медицинских работников СМП предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс [2]. И этот стресс усиливается при работе с пострадавшими в очаге ЧС.

При осуществлении спасательных операций постоянное общение с людьми, страдающими от травматического стресса, приводит к развитию у медработников скорой медицинской помощи посттравматических стрессовых расстройств, депрессии и признаков эмоционального выгорания, которое представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще профессионального поведения. В условиях сосредоточения внимания на основной деятельности профессионал в процессе работы «забывает» о мерах личной безопасности; более того, нередко он лишен практической возможности их принятия, хотя знает о возможных последствиях. И, невзирая на это, самоотверженно и фанатично выполняет свой профессиональный долг.

В результате у персонала возникает синдром выгорания — состояние истощения душевных и психических сил. Раздражительность и усталость подкрадываются к человеку постепенно и незаметно для него, значительно снижая его работоспособность и производительность. Цель данной работы состоит в том, чтобы показать необходимость обучения персонала скорой медицинской помощи способам и методикам предотвращения развития синдрома выгорания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Причиной внедрения специальной подготовки послужили результаты, которые были получены при выявлении степени выраженности синдрома выгорания у выездного персонала Санкт-Петербургской станции СМП. В нашем исследовании, проведенном на ряде подстанций СМП Санкт-Петербурга, приняли участие 170 человек, в том числе 39 врачей и 131 представителей среднего медперсонала. В качестве методики для оценки степени выраженности синдрома «эмоционального выгорания» была использо-

вана методика С.Maslach, M.P.Leiter (1997). В соответствии с их подходом психическое выгорание представляет собой трехмерную структуру, включающую в себя: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выгорание — термин, который используется для определения разных аспектов профессионального стресса. Тяжелый стресс у персонала вызывают также жесткие временные ограничения, перенапряжение, отсутствие позитивного подкрепления, высокая вероятность конфликтов, взятие на себя чрезмерных обязанностей, а также личный жизненный кризис сотрудника. Большинство сотрудников, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС, не имеют специальной психологической подготовки, позволяющей эффективно определять и удовлетворять их собственные эмоциональные и физические потребности. Часто они не отдают себе отчет в том, что их потребности являются нормальными в контексте аномальности ситуации, и не понимают, что если они не будут адекватно удовлетворять эти потребности, то не смогут оказывать эффективную и полноценную помощь.

В настоящее время феномен выгорания исследуется достаточно широко, и эти исследования привели к лучшему пониманию проблемы и породили много соображений в отношении ее решения. Однако в них содержится очень мало свидетельств об эффективных стратегиях вмешательства.

Отсутствие таких данных обусловлено трудностью дифференциации синдрома выгорания от других форм стресса, связанного с работой; стресс сам по себе является индивидуальной проблемой, которая требует индивидуального внимания. Основные причины выделения выгорания в отдельный синдром состоят в его специфичности как синдрома, состоящего, как известно, из трех частей, с которыми сталкиваются лица, оказывающие профессиональную помощь другим людям, и в том, что, по определению, он представляет собой организационную проблему [4].

Персонал должен понимать, что их может постигнуть выгорание, и знать его симптомы, чтобы распознавать их не только у себя, но и у своих коллег. С признаками выгорания также следует знакомить администраторов и управляющий персонал всех уровней, чтобы они оказывали участникам ликвидации последствий ЧС и происшествий необходимую помощь. Лучший способ предупредить

развитие синдрома выгорания — это помнить о его существовании, выявлять ранние признаки и активно снимать накопившийся стресс.

Поэтому в программу обучения персонала Станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга мы пробуем внедрить специальную подготовку, позволяющую эффективно определять и удовлетворять свои физические и эмоциональные потребности при работе в экстремальных условиях.

На начальном этапе наша работа связана с ознакомлением персонала, а также и администрации учреждения с понятием синдрома выгорания как приобретенного стереотипа эмоционального, чаще профессионального поведения. Раскрываем суть данного феномена, знакомим с причинами, которые способствуют формированию синдрома, а также с возможными способами борьбы. В дальнейшем мы планируем более детальную работу, направленную на обучение персонала СМП навыкам преодоления выгорания. Основной целью нашей работы является повышение способности сотрудников СМП переносить профессиональный стресс. Надо сказать, что данные мероприятия вызвали должный интерес как у персонала, так и у администрации учреждения.

Полученные результаты заставили задуматься. Исследование показало, что высокую степень эмоционального истощения отмечали у себя 43,9% персонала, значительный уровень деперсонализации — 36,3%, а 46,9% персонала низко оценивают свои собственные успехи, т.е. наиболее высокие показатели отмечаются по шкале «Редуцирование личных достижений», а как следствие — неадекватная самооценка собственных результатов профессиональной деятельности, сниженная активность трудовой мотивации и т. д. Особенно настораживает тот факт, что сформированность данного синдрома наблюдается у медперсонала уже в первые годы профессиональной деятельности.

Выгорание представляет собой процесс, развивающийся во времени, который «начинается с чрезмерного и продолжительного стресса на работе. Этот стресс вызывает у работника напряжение (чувства напряженности, раздражительности и утомление). Процесс завершается, когда работники, используя защитные механизмы, преодолевают рабочий стресс, психологически отдаляя себя от работы и становясь апатичными, циничными или негибкими» [3]. И если это происходит с профессионалом в начале становления его трудовой деятельности, то

что же его ждет в будущем, если не принять соответствующих мер. Нас интересуют возможные долговременные последствия выгорания. Для того чтобы проследить динамику этого явления, необходимо проводить лонгитюдные исследования.

Пока только в одном исследовании С. Cherniss (1992) было изучено отношение между степенью выгорания, переживаемого в первые годы работы, и адаптацией к трудовой деятельности в течение последующего десятилетия [5]. Двадцать пять работников помогающих профессий были обследованы в течение первого года работы и повторно спустя 12 лет. Результаты этого исследования показали, что выгорание в начале трудовой деятельности не обязательно приводит к значительным и долговременным негативным последствиям. Однако выгорание, возникающее в последующие годы работы, оказывает более серьезное влияние.

Один из самых важных выводов этого исследования состоит в том, что работники в начале карьеры могут полностью восстановиться после выгорания. Интересно, что некоторые факторы, которые помогли им избавиться от синдрома выгорания, являются теми же, что способствуют его пре-

дотвращению, а именно — новые рабочие ситуации, обеспечивающие большие автономии, организационную поддержку и интересную работу [5].

ВЫВОДЫ

Эффективность мер по предупреждению выгорания во многом зависит от благоприятной организационной обстановки, взаимопонимания и сотрудничества на каждом уровне организации (учреждения).

Для избежания негативных последствий, а также профилактики синдрома выгорания целесообразно ввести в программу обучения персонала скорой медицинской помощи специальную подготовку, которая содержит мероприятия по предотвращению синдрома выгорания, а именно:

- Обучение сотрудников методам преодоления стресса.
- Проведение периодических обследований на синдром выгорания.
- Поощрение формирования группы поддержки.
- Равномерное распределение трудной и благодарной работы между членами коллектива.
- Поощрение сотрудников к участию в принятии решений, влияющих на условия работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катастрофы и общество. — М.: Контакт-Культура, 2000. — 332 с.
2. Петраш М.Д., Бойков А.А., Федоров П.Н. Синдром «эмоционального истощения» как вид эмоциональной истощенности и редуцированной работоспособности в профессиональной деятельности медперсонала скорой помощи // Скорая медицинская помощь. — 2003 — Т. 4, № 3. — С. 17-20.
3. Maslach C., Leiter M.P. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. — 1997. — 186 p.
4. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. — М.: Смысл, 2002. — 127 с.
5. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study // J. organizational behavior. — 1992. — № 13. — P. 1-11.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

А.Б.Сингаевский, К.П.Головкин

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

© А.Б.Сингаевский, К.П.Головкин, 2004 г.

Повышенное внимание к проблемам догоспитальной помощи связано с тем, что этот этап является решающим для исхода у многих раненых и пострадавших, а допущенные при оказании

экстренной помощи ошибки в большинстве случаев не удается исправить в последующем. На фоне развития военно-полевой хирургии и хирургии поврежденных, повышения технической осна-

ценности и лечебных возможностей специализированных хирургических стационаров проблемы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе начинают играть роль «бутылочного горлышка», узкого места, сдерживающего прогресс в улучшении результатов лечения.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в вооруженном конфликте, а также их сопоставление с аналогичными проблемами, характерными для мирного времени. Для этого были изучены 1017 историй болезни раненых, получивших повреждения в 1999–2001 гг. в ходе проведения контртеррористической операции на Северном Кавказе [1, 2].

Быстро меняющаяся оперативная и медицинская обстановка, невозможность точно спрогнозировать место и количество возникающих санитарных потерь обуславливают необходимость эшелонирования оказываемой в военное время помощи [1, 3, 4]. Если в условиях крупного города медицинскую помощь пострадавшему начинают оказывать врачи линейных или специализированных бригад скорой помощи, то в условиях вооруженного конфликта первым медицинским работником, оказывающим помощь раненому, оказывается санитарный инструктор у 18,3%, фельдшер — у 5,5%, врач — у 76,2% раненых. При этом, если среднее время от момента получения вызова до прибытия скорой помощи на место происшествия составляет 10–15 минут, то в военное время первую помощь раненый получает в среднем через 20 мин, но помощь от медицинского работника, как правило, не ранее чем через 45 мин (доврачебную — через 45 мин, первую врачебную — через 1 ч 20 мин).

Эшелонирование медицинской помощи на войне закономерно приводит к необходимости участия в судьбе конкретного раненого нескольких последовательно сменяющих друг друга медицинских специалистов. При этом варианты лечебно-эвакуационных мероприятий могут быть разнообразны, и в силу особенностей быстро меняющейся оперативной и медицинской обстановки их трудно спрогнозировать и невозможно заранее определить руководящими документами [1, 4].

Фактором, отрицательно влияющим на качество оказания догоспитальной помощи раненым, является перегрузка этапов эвакуации, что приводит к необходимости оказания помощи сразу нескольким раненым одним медицинским работником, к транспортировке большого числа раненых в сопровождении одного меди-

цинского работника, а значит к вынужденному сокращению объема оказываемой помощи.

Так, в первой половине января 2000 г. в медицинский отряд специального назначения Приволжско-Уральского военного округа поступало в среднем 50–70 раненых в сутки, а в период с 17 по 30 января, в связи с началом операции по освобождению г. Грозного от незаконных вооруженных формирований — до 90–110 человек в сутки. Объем помощи в этом лечебном учреждении, предназначенном для оказания квалифицированной помощи, в эти дни сокращался до проведения неотложных и срочных вмешательств, а в отдельных случаях ограничивался выполнением мероприятий первой врачебной помощи (ПВП). Так, в этот период работы 22,0% от числа раненых, нуждавшихся в мероприятиях квалифицированной хирургической помощи (КХП), были эвакуированы в 1458-й военный госпиталь (г. Моздок) после выполнения мероприятий ПВП [2].

В сравнении с этим очевидны преимущества оказания помощи пострадавшим в мирное время: проведение всех мероприятий силами одной и той же врачебной бригады, отвечающей за судьбу пострадавшего от места происшествия до поступления в специализированный стационар; возможность регулирования потока пострадавших, их перераспределения между свободными бригадами скорой помощи и различными лечебными учреждениями.

При изучении содержания и качества медицинской помощи, оказываемой в условиях вооруженного конфликта на догоспитальных этапах, было установлено, что первая помощь была оказана в 79,0% случаев. В основном она заключалась в простейших мероприятиях, направленных на спасение жизни и предупреждение развития опасных осложнений, которые выполнялись самими ранеными или их товарищами. Средний срок ее оказания составил 18 ± 2 мин после ранения.

На сроки оказания первой помощи существенное влияние оказали условия, при которых было получено ранение. При интенсивном обстреле сроки увеличивались в связи с невозможностью немедленного оказания первой помощи. В случаях легких ранений сроки также нередко увеличивались, поскольку время наложения защитных повязок не имело принципиального значения. При интенсивном наружном кровотечении, асфиксии, открытом пневмотораксе сроки до начала оказания первой помощи и время ее проведения исчислялись несколькими минутами. В случаях, когда по тем или иным причи-

нам первую помощь раненому оказать не удалось, летальность оказалась в 3 раза выше (при том, что для анализа отбирались лишь раненые, на которых были заведены истории болезни, т. е. доставленные живыми на этап оказания КХП или СХП, а погибшие на поле боя или на этапе оказания ПВП не учитывались).

При анализе характера мероприятий первой помощи выявлено, что асептическая повязка была наложена у 88,1% раненых, практически у всех нуждающихся. Промедел был введен лишь 80,2% раненых от числа тех, кому было показано обезболивание наркотическими анальгетиками (он не всегда был доступен для использования при само- и взаимопомощи, так как хранился у офицеров или медицинского персонала). Временная остановка интенсивного наружного кровотечения была показана 27,9% раненых, и только в 0,5% случаев при наличии показаний она не производилась. Кровоостанавливающий жгут был наложен 16,5% раненых, в 11,0% случаев накладывалась давящая повязка. Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе было показано и правильно выполнено в 1,0% случаев ранений. Устранение асфиксии было показано и проводилось в 1,3% всех случаев, оно осуществлялось путем придания раненому устойчивого положения на боку и механической очистки ротовой полости [2].

Транспортная иммобилизация была показана 31,0% раненых. В сравнении с другими мероприятиями первой помощи, частота ее выполнения осталась крайне низкой: она выполнена лишь у 5,6% раненых, при этом в связи с отсутствием табельных средств на поле боя она осуществлялась в основном подручными средствами.

Таким образом, в сложных условиях боевых действий в Чечне в 1999–2002 гг. первая помощь была оказана большинству раненых в ранние сроки [3]. Несмотря на то, что в 73,4% случаев она выполнялась в порядке само- и взаимопомощи, ее качество оказалось достаточно высоким, а сроки сократились по сравнению с таковыми в первое вооруженном конфликте.

Центральным видом догоспитальной помощи стала первая врачебная помощь. Она оказывалась, начиная от уровня медицинского пункта батальона, медицинского пункта полка, медицинской роты, заканчивая отдельным медицинским батальоном и медицинским отрядом специального назначения.

Общее число раненых, которым была оказана ПВП, составило 59,0% (в Афганистане —

13,0%; в Чечне 1994–1996 гг. — 56,0%) [1–3, 5]. В большинстве случаев она была оказана в медицинских ротах полков. Время доставки раненых на этап оказания ПВП сократилось на 1 час по сравнению с первым конфликтом в Чечне и на 1,5 часа по сравнению с Афганистаном. Средний срок оказания ПВП составил $1,5 \pm 0,2$ часов, в течение первого часа ПВП была оказана большинству раненых — 63,2%, причем в это число вошли практически все раненые с тяжелыми и крайне тяжелыми ранениями.

Основным местом оказания ПВП стали медицинские роты мотострелковых полков, укомплектованные врачами с начальной подготовкой по хирургии и интенсивной терапии.

Характеристика мероприятий первой врачебной помощи представлена в таблице.

При анализе приведенных цифр следует учитывать, что неэффективность оказания ПВП при асфиксии сократилось с 0,9% в первом конфликте до 0,4% во втором. Основным методом остановки наружного кровотечения являлась тугая тампонада раны (в 34,2% случаев). На втором месте (28,2% случаев) было прошивание сосуда в ране. В 19,6% случаев кровотечение было остановлено наложенной давящей повязкой. Кровоостанавливающий жгут использован в 18,0% случаев, в основном при разрушениях и отрывах конечностей. По сравнению с первым вооруженным конфликтом, когда ПВП оказывалась преимущественно врачами общей практики, во втором конфликте частота использования жгута в качестве средства остановки наружного кровотечения сократилась в 1,8 раза, при этом число случаев использования жгута не по показаниям уменьшилось в 1,2 раза.

В сравнении с вооруженным конфликтом 1994–1996 гг. частота проведения инфузионной терапии раненым, поступившим в состоянии шока, увеличилась в 1,7 раза. Средний объем инфузионной терапии составил 960 ± 70 мл, в большинстве случаев использовались кристаллоидные растворы.

Новокаиновые блокады были показаны 20,8% раненых, но выполнены только в половине случаев (по частоте применения: в место перелома — 36,0%, фулярные — 27,6%, проводниковые — 27,6%, межреберные — 4,3%, паравертебральные — 2,2%, внутритазовые по Школьникову — 2,1%).

В транспортной иммобилизации нуждались 41,7% раненых, выполнена она была только в двух третях случаев. Использовались лестничные шины (85,6%), шины Дитерихса (6,7%), фа-

Таблица

Характеристика мероприятий первой врачебной помощи

Мероприятия первой врачебной помощи	Конфликт 1994–1996 гг. (n=579)		Конфликт 1999–2002 гг. (n=599)	
	показания к проведению мероприятий ПВП, %	выполнение мероприятий ПВП, %	показания к проведению мероприятий ПВП, %	выполнение мероприятий ПВП, %
Устранение дефиксии	1,7	0,8	1,8	1,4
Временная остановка наружного кровотечения	15,9	15,9	19,2	19,0
Контроль жгута	3,5	3,5	6,0	6,0
Переливание кровезаменителей	50,6	25,3	43,6	40,1
Дренажирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе	1,0	0,5	1,1	0,7
Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе	5,4	4,3	3,6	3,2
Новокаиновые блокады	36,7	15,9	20,8	10,1
Введение анальгетиков	100,0	80,3	100,0	87,1
Транспортная иммобилизация	49,7	33,2	41,7	27,9
Отсечение конечности, висшей на кожном лоскуте	0,9	0,9	1,1	1,1
Устранение задержки мочеиспускания	3,0	3,0	1,8	1,8
Введение антибиотиков	91,1	72,3	90,2	85,3
Введение столбнячного анатоксина	100,0	78,1	100,0	86,9
Ингаляция кислорода	5,3	0,3	4,8	0,2

нерные шины (1,5%), импровизированные шины (3,0%); в 3,2% наблюдений применен щит для иммобилизации переломов позвоночника.

Наркотические анальгетики вводились 87,3% раненых, кроме того, 28,6% раненых производилось введение ненаркотических обезболивающих препаратов, 24,2% раненых получили глюкокортикоидные гормоны, что в 3 раза чаще, чем в первом конфликте. Все это свидетельствует о более адекватной подготовке тяжелораненых к эвакуации на этап оказания специализированной медицинской помощи [2].

Таким образом, приближение первой врачебной помощи к боевым порядкам войск, появление на этом этапе врачей с первичной подготовкой по хирургии и интенсивной терапии позволило эффективно реализовать мероприятия первой врачебной помощи и осуществить адекватную подготовку раненых к вертолетной эвакуации в ВГ первого эшелона. Несомненно, что снижение летальности у раненых с 1,4% в первом вооруженном конфликте до 1,1% во втором конфликте [2, 4] во многом обусловлено улучшением качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Приведенные данные демонстрируют, что военно-медицинская служба решает задачи, во мно-

гом сходные с задачами оказания скорой медицинской помощи в мирное время. Пути улучшения качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе в военное время принципиально не отличаются от таковых в мирное время.

Во-первых, это совершенствование средств оказания помощи:

— разработка современных средств транспортной иммобилизации;

— внедрение современных устройств для проведения инфузионной терапии в процессе транспортировки;

— разработка портативных устройств позволяющих проводить ингаляцию кислорода при транспортировке;

— внедрение современных устройств для временной герметизации плевральной полости при напряженном пневмотораксе и для ее дренирования при напряженном пневмотораксе;

— использование современных наркотических анальгетиков, лишенных недостатков, характерных для промедола.

Вторым, не менее важным направлением является повышение квалификации всех медицинских работников и военно-медицинская подго-

товка личного состава. В этом отношении военно-медицинская служба находится в заведомо неблагоприятной ситуации по сравнению с гражданской службой медицинской помощи (где относительно небольшое количество специализированных бригад позволяет достичь высокой квалификации персонала).

Третьим направлением является совершенствование организации оказания помощи для сокращения сроков доставки раненого в госпиталь. Конкретной реализацией этого направления явился переход к «двухэтапной» модели лечебно-эвакуационных мероприятий, предусматривающей доставку раненого после оказания доврачебной или первой врачебной помощи непосредственно на этап оказания специализированной помощи. В период второй чеченской кампании этот подход удалось реализовать у 44,0% раненых, что позволило достоверно улучшить исходы их лечения, так, в исследуемом массиве наблюдений среди тяжелораненых летальность снизилась с 6,5% до 3,3% ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. Военно-медицинская служба на передовых этапах медицинской эвакуации решает задачи, во многом сходные с задачами гражданской службы скорой медицинской помощи. В то же время выполнение идентичных задач осложнено услови-

ями боевой обстановки, что не позволяет достичь качества оказания помощи мирного времени.

2. В условиях боевых действий первую помощь получили 79,1% раненых, причем в 73,4% случаев она была выполнена в виде само- и взаимопомощи. Оказание первой помощи позволило в 3 раза снизить летальность по сравнению со случаями, когда ее проведение было невозможно.

3. Основным видом догоспитальной помощи в вооруженном конфликте стала первая врачебная помощь, оказанная 59,0% раненых. Первая врачебная помощь оптимальна для предэвакуационной подготовки раненых, которых доставляют вертолетами из боевых порядков сразу в военные госпитали первого эшелона. Наличие у врачей первичной подготовки по хирургии и интенсивной терапии способствует улучшению качества оказания помощи.

4. «Двухэтапная» модель лечебно-эвакуационных мероприятий реализована у 44,1% раненых, при этом летальность у тяжелораненых составила 3,3% по сравнению с 6,5% при многоэтапном варианте.

5. Пути улучшения помощи на догоспитальном этапе в военное время принципиально не отличаются от направлений улучшения качества работы службы скорой медицинской помощи в мирное время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А. Тенденции развития военно-полевой хирургии в вооруженных конфликтах второй половины XX века // Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 10. — С. 15–22.
2. Особенности организации и оказания хирургической помощи раненым и больным в республике Дагестан и Чеченской республике. Шифр «Опыт 2»: Отчет по теме НИР / Под ред. Е.К.Гуманенко. — Т. 2. Особенности организации оказания хирургической помощи раненым. — СПб.: ВМА, 2003. — 586 с.
3. Опыт медицинского обеспечения войск в вооруженном конфликте на Северном Кавказе. Шифр «Опыт»: Отчет по теме НИР / Под ред. И.М.Чижка. — Т. 2. Особенности организации оказания хирургической помощи раненым. — СПб.: ВМА, 1997. — 597 с.
4. Чиж И.М. Организационные основы построения современной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил // Воен.-мед. журн. — 1996. — Т. 317, № 1. — С. 4–20.
5. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане (1979–1989 гг.) / Под ред. И.М.Чижка. — Т. II. Организация и объем хирургической помощи раненым. — М., 2002. — 396 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГОРНОСПАСАТЕЛЬНОГО ДЕЛА И РЕАНИМАЦИОННО-ПРОТИВОШОКОВОЙ ПОМОЩИ В УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИИ

Ф.З.Галимуллин

Военизированный горноспасательный отряд, Воркута, Россия

© Ф.З.Галимуллин, 2004 г.

Зарождение горноспасательного дела относится ко второй половине XIX века. После крупных катастроф, происшедших на угольных шахтах Англии и Германии, увесших в могилу десятки и сотни шахтеров, были созданы горноспасательные группы из рабочих и начаты изыскания способов защиты органов дыхания для проникновения спасателей в горные выработки с непригодной для дыхания атмосферой и оказания помощи людям.

В России начало организации специальной горноспасательной службы было положено в 1902 г. Необходимость ее создания была обусловлена увеличением количества подземных аварий и тяжестью их последствий, для ликвидации которых требовались специально подготовленные люди, способные выполнять работы в непригодной для дыхания атмосфере.

В 1903 г. в Алтайский горный округ, который осуществлял надзор за безопасностью горных работ на копях Кузбасса, был направлен циркуляр Горного департамента Министерства земледелия и казенных имуществ. В нем было утверждено следующее правило: в каждом руднике должна быть организована спасательная артель из рабочих, обученных работать в среде удушливых газов и снабженных респираторами для скорой помощи рабочим, погибающим при взрыве гремучего газа. Численность образующих артель рабочих должна составлять по крайней мере 5% от общего числа находящихся внутри копи рабочих.

В 1911–1913 гг. были созданы станции на Урале (Кизеловские копи) и в Сибири (Анжеро-Судженские копи). К 1917 г. в горнодобывающей промышленности России было создано уже 40 спасательных станций.

Профессиональная государственная горноспасательная служба в России, построенная на принципах централизованного управления, была сформирована в 1922 г. когда было принято постановление о горноспасательном деле в РСФСР.

В Прокопьевско-Кизеловском районе Кузбасса в 1927 г. была создана горноспасательная команда из 15 человек, на базе которой в 1931 г. была организована Прокопьевская горноспасательная

станция III разряда, в 1934 г. реорганизованная в 15-й горноспасательный отряд. Для обслуживания шахт Араличевского угольного месторождения в 1934 г. в составе 15 ВГСО (г. Прокопьевск) был организован 3-й Араличевский горноспасательный завод, на базе которого в 1942 г. был создан 4-й горноспасательный отряд дислоцировавшийся в г. Новокузнецке.

Горноспасательная служба в г. Воркуте было образована 27 мая 1937 г. В 1940 г. создается горноспасательная станция, а в 1943 г. — Воркутинский горноспасательный отряд. В 1959 г. был образован Штаб ВГСЧ Коми совнархоза, на базе которого позже создается отдельный горноспасательный отряд (ОВГСО) Печорского бассейна.

В 1991 г. был создан Центральный штаб ВГСЧ угольной промышленности Минтопэнерго РФ, который руководит всеми направлениями деятельности горноспасательных частей.

Военизированные горноспасательные части угольной промышленности являются государственными унитарными специализированными организациями по обслуживанию предприятий по добыче и переработке угля и сланца.

Военизированные горноспасательные части (ВГСЧ) — это мощные технически оснащенные профессиональные инженерные формирования с достаточно большими функциями, обеспеченные высококвалифицированными специалистами выполняющие значительный объем горноспасательных и других работ на шахтах и способные ликвидировать сложные аварии и катастрофы. Горноспасательные подразделения дислоцируются в Кузбассе, Тульской и Ростовской областях, на Урале, Дальнем Востоке, Сахалине и в Республике Коми.

Ежегодно на предприятиях угольной промышленности подразделениями ВГСЧ ликвидируется 100–120 аварий. Экономический ущерб от крупных техногенных катастроф и стихийных бедствий, число человеческих жертв и других последствий могут быть сравнимы с локальными военными конфликтами. Угольная промышленность — одна из самых опасных отрас-

лей тяжелой промышленности, связанная с длительным пребыванием людей в условиях, где человек подвержен воздействию высоких температур, токсическому влиянию рудничных газов, пыли, тяжелой техники, и все это окружает горнорабочего в ограниченном пространстве глубоко под землей. Травматизм на угольных предприятиях всегда оставался высоким, тяжелые травмы ежегодно уносят сотни жизней и дают высокий процент инвалидности.

Анализ производственной опасности и их последствий на угольных шахтах бывшего СССР показал, что за 43 года пострадали 2 117 475 человек, из которых 31 988 стали инвалидами труда и 28 792 погибли. Подземные условия работы по степени опасности и вредности относят специфику труда шахтера к самым высоким — к 7-му и 8-му — классам опасности. Каждый миллион тонн добытого угля сопровождается в среднем одной травмой со смертельным исходом.

Со времен начала подземной добычи угля травмированным в горных выработках могла быть оказана помощь в пределах само- и взаимопомощи. Тяжело травмированные, нуждающиеся в оказании квалифицированной медицинской помощи, в большинстве случаев погибали на месте, и только некоторых из них удавалось доставить с помощью рядом работающих шахтеров на подземный медпункт, где фельдшер мог оказать первую медицинскую помощь. В дальнейшем травмированных доставляли на поверхность и санитарным транспортом Городской станции скорой помощи эвакуировали в лечебные учреждения. За время транспортировки состояние тяжело травмированных ухудшалось, прогрессировал шок, кризисное состояние становилось необратимым и, несмотря на интенсивную, терапию, проводимую в лечебно-профилактических учреждениях, они погибали. Было ясно, что квалифицированную медицинскую помощь тяжело травмированным необходимо оказывать на месте несчастного случая, и как можно быстрее. Такого рода медицинскую помощь могли оказывать только специально обученные и тренированные медицинские работники.

Учитывая высокий производственный травматизм, в 1966 г. была создана специальная врачебная бригада для оказания помощи в шахтах комбината «Воркутауголь». Однако из-за слабой организации она через короткое время была закрыта. Ситуация в плане оказания экстренной

помощи и подземных выработках значительно ухудшилась в 60-е годы с закрытием подземных адвентурных как нерентабельных, фактически сведя первую медицинскую помощь к само- и взаимопомощи.

В 1982 г. впервые для оказания помощи на месте происшествия в подземных выработках была создана врачебная бригада в составе четырех человек при ВГСЧ Печорского бассейна, преобразованная в последующем реанимационно-противошоковую группу (РПГ).

После всестороннего изучения этих проблем в соответствии с Приказом министра угольной промышленности СССР № 299 от 30.06.83 г. в 9 горноспасательных отрядах (Донецкой, Ворошиловградской, Ростовской областях, городах Воркуте, Караганде и Прокопьевске) с 01.06.84 г. были организованы специализированные реанимационно-противошоковые группы (РПГ) для оказания неотложной врачебной помощи в подземных выработках шахт. Бригады в соответствии с положением о РПГ укомплектованы квалифицированными врачами: анестезиологами-реаниматологами, травматологами, хирургами, врачами скорой помощи, прошедшими специальный профессиональный отбор. Бригада в составе двух врачей круглосуточно дежурит в горноспасательных частях и выезжает на шахты по сигналу «Тревога» для оказания квалифицированной помощи травмированным шахтерам.

01.06.2004 г. исполняется 20 лет с начала организации и работы РПГ угольной промышленности России. За это время оказана квалифицированная медицинская помощь многим тысячам пострадавших, при этом борьба за здоровье и жизнь пострадавших шахтеров начинается непосредственно на аварийном участке. Опасная, но необходимая работа врачей РПГ дает значительный экономический, социальный и моральный эффект в горнодобывающей промышленности, имеющей один из самых высоких показателей травматизма.

Многолетний опыт эффективной работы РПГ рекомендуется для внедрения не только на промышленных объектах, опасных в плане возникновения чрезвычайных ситуаций, но и при оказании помощи пострадавшим, находящимся по каким-либо причине (взрыв, пожар, затопление, применение ядовитых веществ при захвате заложников и т. д.) в непригодной для жизни или агрессивной среде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дикозенко Е.А., Горбатов В.А. Аспекты реструктуризации и реформирование государственной горноспасательной службы отрасли // Уголь. — 2001. — № 10.
2. Тропко Л.А. Угольная отрасль — состояние и перспективы // Уголь. — 2002. — № 5.
3. Ефимов В.И. Социальные последствия провалений опасности на угольных шахтах // Горная промышленность. — 2002. — № 2.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОГО СТАЦИОНАРА

Е.В.Вахрамеева, П.Г.Пилипенко, И.Д.Солоньева, С.Н.Мальцев

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, г. Омск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

В условиях значительного роста потребности в оказании экстренной медицинской помощи, особенно в крупных промышленных центрах, развития специализированной медицинской помощи, внедрения интенсивных медицинских технологий, имеющихся ограничений экономических возможностей возникла необходимость выделения стационарного этапа специализированного вида медицинской помощи «скорая помощь» — как больниц интенсивного лечения.

Больница скорой медицинской помощи (БСМП) не является обычным лечебным учреждением, которое занимается оказанием неотложной медицинской помощи. С момента, когда уровень экстренной госпитализации превышает 60%, изменяются подходы к оказанию медицинской помощи.

БСМП для осуществления полноценной деятельности должна быть многопрофильной и иметь полный набор диагностических служб. Все отделения и службы должны работать ежедневно в круглосуточном режиме.

Штатные нормативы и положение о приемном отделении формировались в годы, когда преимущественно имелись маломощные стационары, а немногочисленные многопрофильные (областные, республиканские) больницы занимались исключительно лечением плановых больных. С увеличением числа больных в неотложном состоянии возникла необходимость в организации неотложной стационарной помощи.

В настоящее время нормативными документами предусмотрены следующие принципы работы приемного отделения в стационарном лечебном учреждении:

- поступление пациентов по направлениям других лечебных учреждений — основной поток;
- наличие у пациентов данных предшествующих медицинских обследований и лечения, как правило, установленный диагноз и предполагаемый вид лечения в стационаре;
- соответствие числа поступающих пациентов количеству свободных мест;
- прием пациентов в строго определенные часы;
- соблюдение очередности приема по мере обращения;
- проведение минимального объема обследования на уровне приемного отделения, как правило, только осмотр специалистом;
- объемы оказания неотложной помощи 20–30%, но не более 40%;
- неотложная помощь оказывается по отдельным специальностям, с узкими показаниями для госпитализации;
- средняя обращаемость в приемное отделение — 25–40 человек в зависимости от коечной мощности;
- процент госпитализации более 90%;
- более 80% обратившихся составляют пациенты с различными заболеваниями.

После создания БСМП постепенно потоки больных в неотложном состоянии сконцентрировались именно в этих учреждениях. Изменились и функции приемного отделения. По сути, в больницах, специализирующихся на оказании экстренной помощи, они стали выполнять роль отделения неотложной помощи.

Основными принципами работы приемных отделений больниц скорой медицинской помощи являются следующие:

— доля пациентов, обратившихся по неотложным показаниям, превышает 80%;

— пациенты поступают без установленного диагноза;

— объем обследования на уровне отделения должен быть максимальным в минимальные сроки, включая виды исследования, требующие специальной подготовки — рентгенологические, эндоскопические и другие, соблюдение принципа «золотого часа»;

— лечение должно начинаться посиндромно с первых минут поступления, особенно для больных в критических состояниях; их число может достигать 25–28% от всех обратившихся, разделение потоков: критическое состояние (реанимационный зал), профильный кабинет;

— круглосуточный прием не менее чем по 8–10 специальностям;

— санитарной обработке подлежат не менее 80% обратившихся за медицинской помощью;

— обращаемость от 100 до 250 человек в сутки (от 20% до 40% имеющегося коечного фонда);

— очередность осмотра пациентов устанавливается по степени тяжести состояния;

— процент госпитализации менее 60%;

— более 60% обратившихся составляют пациенты с различными видами травм;

— до 30% пациентов поступают в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;

— поступление лиц без определенного места жительства;

— значительный объем организационной работы (передача сведений в правоохранительные органы, в поликлиники, работа с «неизвестными», разъяснение пациентам их прав и обязанностей при взаимоотношениях с лечебным учреждением и многое другое).

Изменение объемов оказываемой помощи и расширение функций повлекло за собой целый ряд проблем, особенно в тех лечебных учреждениях, которые изначально не планировались для оказания экстренной помощи.

Для организации отделения неотложной помощи требуется соблюдение некоторых основополагающих условий.

1. Наличие площадей и набора помещений для приема, обследования и лечения больных.

2. Штатное расписание должно соответствовать потоку поступающих больных. Должен быть штат сотрудников, работающих только в этом отделении.

3. Диагностическая база должна работать в полном объеме круглосуточно и располагаться

в непосредственной близости от отделения неотложной помощи.

4. Обеспечение медикаментами и расходными материалами в полном объеме.

5. Единые стандарты и протоколы оказания экстренной помощи.

6. Тарифная политика, стимулирующая отказ от необоснованной госпитализации и побуждающая к максимально полному оказанию помощи непосредственно в приемном отделении с последующим направлением на амбулаторное лечение.

7. Четкая правовая база оказания экстренной медицинской помощи.

В МУЗ ГК ВСМП № 1 организационная работа велась по нескольким направлениям.

Прежде всего, были проанализированы потоки поступающих пациентов. По характеру необходимых действий они были разделены на 3 потока: большие, поступающие в приемное отделение; большие, направляемые на дополнительные исследования; большие, поступающие в профильные отделения. В соответствии с этим были определены штатное расписание и функциональные обязанности персонала.

В регистратуре работают 2 медрегистратора (2 круглосуточных поста средних медработников). Они обеспечивают первый поток больных: регистрируют пациента, заполняют титульный лист истории болезни, направляют их в кабинет врача (профильный или свободный), предупреждают медперсонал о поступлении пациента, а также передают активные вызовы в милицию и поликлиники.

Второй и третий потоки обеспечивают медсестры профильных кабинетов. Они заполняют вторую страницу истории болезни, выписывают направления на исследования, сопровождают больных до диагностических служб, сообщают в регистратуру о госпитализации больного и записывают в карту стационарный номер, при одновременном поступлении нескольких пациентов вместе с сотрудницами регистратуры решают, в какой кабинет направить следующего пациента, и предупреждают соответствующий персонал. Проводят опись вещей пациентов и сдачу их на склад. Сопровождают больного до профильного отделения. Проводят санобработку.

При среднем поступлении в приемное отделение около 100 человек в сутки и среднем времени, затраченном на 1 больного, около 40 минут достаточно 6 круглосуточных постов медсестры ежедневно (т. е. при нагрузке 9 больных в час

и работе медсестры 20 часов через один пост может пройти 180 больных).

В 2003 году в МУЗ ГК БСМП № 1 при коечной мощности 630 коек минимальная обращаемость составляла 87 человек в сутки, максимальная — 220 человек в сутки, средняя — 134 человека в сутки.

Таким образом, в приемном отделении круглосуточно ежедневно работает бригада среднего и младшего персонала в составе: старшая медицинская сестра по смене, 2 круглосуточных поста медрегистраторов, 6 круглосуточных постов медсестер, 2 круглосуточных поста процедурной медсестры, 1 круглосуточный пост манипуляционной медсестры, 2 круглосуточных поста санитарок, 1 круглосуточный пост гардеробщицы, 1 круглосуточный пост санитарки по приему и выдаче вещей. Только в день (12 часов) работают 3 санитарки и 1 медрегистратор в справочном бюро. Возглавляет бригаду старшая медсестра по смене, которая отвечает за организацию работы среднего медперсонала, оформление документации, прием и выдачу ценных вещей пациентов.

Осмотр и оказание медицинской помощи осуществляет бригада врачей, которая формируется на 1 месяц из врачей профильных отделений по скользящему графику. Возглавляет бригаду врачей старший по смене врач-терапевт (4,75 ставки врача приемного отделения), который осуществляет консультации по приемному отделению, отвечает за пациентов во время их пребывания в приемном отделении, при большом поступлении больных помогает в их осмотре и оформлении, решает вопрос о госпитализации в спорных случаях, отвечает за организацию работы врачей в приемном отделении, проведение консилиумов.

Бригада врачей должна постоянно находиться на территории приемного отделения, каждый врач вызывается в соответствующий кабинет при поступлении больного.

В каждом кабинете должна находиться медсестра, независимо от наличия пациентов.

Время от момента регистрации пациента до момента осмотра врачом не должно превышать 5 минут. Время пребывания больного в приемнике не должно превышать 1 часа.

Число врачей одной специальности определяется заместителем главного врача по медицинской работе и согласовывается с заведующим приемным отделением в соответствии с нагрузкой.

Больные с нарушением витальных функций поступают в реанимационный зал, который входит в состав отделения анестезиологии.

Следующим этапом явилось определение общих показаний к госпитализации и объемов оказания медицинской помощи в приемном отделении.

Можно выделить следующие показания для госпитализации:

- состояние больного, требующее оказания неотложной стационарной помощи;
- время диагностики превышает 1 час;
- необходимость углубленного обследования (осмотр более чем 2 специалистами, назначение биохимических исследований, назначение более 4 методов обследования);
- необходимость назначения более 2 лечебных процедур;
- консилиум проводится только в спорных случаях и при отказе больного от госпитализации при безусловных показаниях к ней;
- лечебные консилиумы проводятся в отделениях с участием заведующих отделением или врачей-дежуров, заместителей главного врача по медицинской части или дежурного администратора;
- необходимость консультации заведующего отделением не должна служить поводом к превышению лимита времени пребывания больного в отделении — 1 час.

При больших потоках пациентов, поступающих по экстренным показаниям, важную роль играет материально-техническое обеспечение приемного отделения.

В МУЗ ГК БСМП № 1 имеется следующий набор помещений: регистратура (на 3 рабочих места, оборудованных 3 компьютерами в сети, с возможностью одновременной регистрации 3 больных, 2 принтера для распечатки историй болезни в законченном виде, терминал в справочном бюро), 4 врачебных кабинета (при поступлении 200 больных в сутки нагрузка на кабинет составляет 2 больных в час), 2 смотровых кабинета (гинекология, урология), гипсовая, 2 перевязочных (гнояная, чистая), 1 процедурный кабинет, лаборатории (клиническая, биохимическая, токсикологическая), кабинет для ультразвукового исследования (абдоминального, гинекологического и др.), рентгеновское отделение (2 кабинета, лаборатория), эндоскопическая служба (лапароскопия, фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия), ординаторская (комната отдыха, столовая), комнаты для приема и выдачи вещей, гардероб, изолятор, санпропускник, кабинеты заведующего отделением, туалеты, манипуляционная.

Расположение всей диагностической базы, работающей в круглосуточном режиме, на территории приемного отделения позволяет значительно сократить время обследования пациента. В непосредственной близости от приемного отделения находится магнитно-резонансный томограф, который также работает круглосуточно.

Увеличение обращаемости, большие объемы документооборота, необходимость разностороннего анализа работы приемного отделения, работа с правоохранительными органами и судами привели к необходимости компьютерной регистрации и обязательному подробному заполнению истории болезни.

С 1996 г. в МУЗ ГК БСМП № 1 на всех пациентов, обратившихся в приемное отделение, заводится карта стационарного больного, которая заполняется по общим правилам, при госпитализации пациента в нее просто записывается стационарный номер. При отказе в госпитализации в карту после первичных записей заносятся все результаты обследования, причины отказа (или расписка пациента в случае его отказа от госпитализации), сведения о передаче активных вызовов, прививках, лечебных мероприятиях. Карта амбулаторного пациента остается в архиве приемного отделения. Это позволяет осуществлять оперативный контроль качества оказания медицинской помощи амбулаторным пациентам и обоснованности отказов в госпитализации.

Впервые централизованная регистрация пациентов в ГК БСМП № 1 была введена в 2001 г. В настоящее время регистратура приемного отделения осуществляет регистрацию всех пациентов с распечаткой титульного листа истории болезни и за-

полненной статистической карты, ведение стационарного журнала, составление ежедневной сводки в автоматическом режиме. Это позволяет сократить время оформления первичной медицинской документации на каждого больного в 3 раза.

Программное обеспечение и локальная компьютерная сеть, включающая в себя приемное отделение, кабинет статистики, справочное бюро, оперативный отдел, кабинеты заместителей главного врача по медицинской части, позволяют получать оперативную информацию о поступлении любого больного или пострадавшего в режиме реального времени. Указанная система дает возможность проводить выборки по отдельным контингентам больных и пострадавших, по времени их пребывания в приемном отделении, путям поступления в стационар, причинам отказов в госпитализации.

Деятельность персонала приемного отделения регламентируется приказом, в котором нашли отражение протоколы оказания медицинской помощи при конкретных неотложных состояниях, правила оформления медицинской документации и определения профильности госпитализации, объем диагностических мероприятий, режим работы приемного отделения.

Все вышесказанное позволяет оказывать медицинскую помощь в 630-коечном стационаре 48 000 пациентов в год, более 20 000 из которых обслуживаются амбулаторно. 98% больных поступают в порядке оказания неотложной помощи. До 30% поступивших в стационар пациентов лечатся в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии. Среднее время пребывания в приемном отделении составляет 47 минут.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ (МКБ-10-K85). ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

С.Ф.Багненко, А.Д.Толстой, В.Б.Красноногов, А.А.Курыгин, Г.И.Синегченко, В.Ф.Сухарев, М.В.Гринев, В.Н.Ланшин, В.Г.Вербицкий, В.А.Киселев, М.Ю.Кабанов, В.Р.Гольцов

Научно-исследовательский институт скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

По частоте встречаемости в настоящее время острый панкреатит занимает первое место в группе urgentных заболеваний органов брюшной полости. Настоящие протоколы диагностики и лечения ост-

рого панкреатита, разработанные в НИИ СП им.проф.И.И.Джанелидзе, представляют собой наиболее эффективный лечебно-диагностический алгоритм при данном заболевании. Исходя из спе-

цифики журнала, к печати предлагается часть этих протоколов, касающаяся ранней (ферментативной) стадии заболевания, с которой врачам скорой помощи и приемных отделений стационаров наиболее часто приходится встречаться. Предлагаемая часть протоколов утверждена на заседании Ассоциации хирургов Северо-Западного региона и рекомендована для принятия их к действию.

Острый панкреатит (ОП) характеризуется развитием отека поджелудочной железы (отечный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причем каждой его фазе соответствует определенная клиническая форма.

I фаза — ферментативная, первые 5 суток заболевания, в этот период происходит формирование панкреонекроза различной протяженности, развитие эндотоксикоза (средняя длительность гиперферментемии составляет 5 суток), а у части пациентов — полиорганной недостаточности и эндотоксического шока. Максимальный срок формирования панкреонекроза составляет 3 суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжелом панкреатите период формирования панкреонекроза гораздо меньше (24–36 часов). Целесообразно выделять две клинические формы: тяжелый и нетяжелый острый панкреатит (ОП).

• **Тяжелый острый панкреатит.** Частота встречаемости — 5%, летальность — 50–60%. Морфологическим субстратом тяжелого ОП является распространенный панкреонекроз (крупноочаговый и тотально-субтотальный), которому соответствует эндотоксикоз тяжелой степени.

• **Нетяжелый острый панкреатит.** Частота встречаемости — 95%, летальность — 2–3%. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита либо не образуется (отек поджелудочной железы), либо носит ограниченный характер и широко не распространяется (очаговый панкреонекроз — до 1,0 см). Нетяжелый ОП сопровождается эндотоксикозом, выраженность которого не достигает тяжелой степени.

II фаза — реактивная (2-я неделя заболевания), характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинической формой данной фазы является перипанкреатический инфильтрат.

III фаза — расплавления и секвестрации (начинается с 3-й недели заболевания, может

длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможно два варианта течения этой фазы:

• асептические расплавление и секвестрация — стерильный панкреонекроз; характеризуется образованием постнекротических кист и свищей;

• септические расплавление и секвестрация — инфицированный панкреонекроз и некроз парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания являются гнойно-некротический парапанкреатит и его собственные осложнения (гнойно-некротические затеки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный оментобурсит, гнойный перитонит, эрозивные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т. д.).

Больных с диагнозом «Острый панкреатит» по возможности следует направлять в многопрофильные стационары.

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе (первые 5 суток заболевания)

I. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите

Как правило, осуществляется в приемном отделении или отделении экстренной помощи.

1. Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);

б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости);

в) лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия);

г) высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2–3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе;

д) лапароскопические признаки острого панкреатита (см. протокол IV).

Методы а), б) и в) являются обязательными при диагностике ОП; г) и д) (лапароскопия и лапароцентез) — применяются по показаниям (см. протокол IV).

2. Параллельно с диагностикой ОП необходимо определение тяжести заболевания (тяжелый или нетяжелый). Наиболее важно раннее выявление тяжелого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Признаки тяжелого ОП:

а) клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика — тахи- (>120 уд./мин) или брадикардия (<60 уд./мин); снижение систолического АД ниже 100 мм рт. ст.;
- олигурия (менее 250 мл за последние 12 ч);
- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);
- наличие «кожных» симптомов (гиперемия лица, мраморность и др.);

б) общий анализ крови:

- гемоглобин выше 150 г/л;
- лейкоцитоз выше 14×10^9 /л;

в) биохимический анализ крови:

- глюкоза выше 10 ммоль/л;
- мочевина выше 12 ммоль/л;

г) ЭКГ: ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения.

3. Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в п. 2, позволяет диагностировать тяжелый ОП, и пациент подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (нетяжелый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение.

4. Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки биллярной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ производится без ЭРХРГ.

5. Оптимальным видом лечения ОП в ферментативной фазе является интенсивная консервативная терапия.

II. Протокол лечения нетяжелого острого панкреатита

1. Для лечения нетяжелого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24–48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной и антиферментной терапией (см. протокол III).

При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии (п. 1) в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжелого панкреатита (протокол I п. 2) следует констатировать тяжелый панкреатит, перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии и проводить лечение, соответствующее тяжелому острому панкреатиту (протокол III).

III. Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

Основной вид лечения — интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжелом ОП является недостаточно эффективным и должен быть дополнен специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

Специализированное лечение

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок — первые 3 суток заболевания):

- препарат выбора — сандостатин (октреотид) 100 мкг 3 раза подкожно;
- препараты резерва — квамател (40 мг 2 раза внутривенно), 5-фторурацил (5% 5 мл внутривенно).

2. Реологически активная терапия (гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.).

3. Возмещение плазмотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов — 1 : 4).

4. Гистопротекция:

- антиферментная терапия (контрикал — не менее 50 000 ед., гордокс — не менее 500 000 ед. внутривенно; оптимальный срок — первые 5 суток заболевания);

- антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия.

5. Детоксикация:

- при тяжелом ОП показаны экстракорпоральные методы детоксикации, из которых наиболее эффективным является серийный лечебный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксического шока) с последующей плазмозаменой (1–3 сеанса через 24–48 часов, средний объем плазмоэкспузии около 1 л); каждый сеанс экстракорпоральной детоксикации (помимо непосредственного плазмафереза) должен сопровождаться регидратацией и коррекцией водно-солевого обмена в режиме форсированного диуреза;

- процесс детоксикации при тяжелом ОП может также достигаться путем эвакуации токсических экссудатов (перитонеального, а особенно, ретроперитонеального) при лапароскопическом (или с помощью лапароцентеза) дренировании брюшной полости и при лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки (см. стандарт IV).

6. Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III–IV поколений или фторхинолоны II–III поколений в сочетании с метронидазолом).

IV. Протокол лапароскопической операции

Лапароскопия показана:

- пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;

- при необходимости дифференциального диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

Задачи лапароскопической операции:

а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии — мезентериального тромбоза и др.). К признакам ОП относятся:

- наличие отека корня брыжейки поперечной ободочной кишки;

- наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2–3 раза превышающей активность амилазы крови);

- наличие стеатонекрозов;

б) выявление признаков тяжелого панкреатита:

- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишневый, коричневый);

- распространенные очаги стеатонекрозов;

- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы.

Верификация серозного («стекловидного») отека в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжелого общего состояния пациента) не исключает наличия тяжелого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжелого панкреатита могут не выявляться, т. е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

в) лечебные задачи:

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;

- лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);

- холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии;

- при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха.

Лапароскопия противопоказана при:

- нестабильной гемодинамике (эндотоксическом шоке);

- после множественных операций на брюшной полости (при выраженном рубцовом процессе передней брюшной стенки и гигантских вентральных грыжах).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

К.К.Козлов, А.А.Филиппов, М.С.Коржук, С.Ю.Сасина, В.П.Шадских
Омская государственная медицинская академия, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

В современных условиях необходима быстрая и эффективная оценка получаемых в процессе обследования больного сведений для постановки диагноза, выбора дополнительных методов исследования и адекватных методов лечения. Это особенно актуально у больных с тяжелой сочетанной и комбинированной травмой, как правило, поступающих в клинику в тяжелом состоянии. При этом учитывается большое количество диагностических факторов, прогностическое значение каждого из которых имеет различный вес, причем у каждого пострадавшего формируется индивидуальная комбинация факторов, что существенно осложняет постановку диагноза и выбор лечебной тактики.

В нашей клинике с 1999 г. у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой используется компьютерная программа прогнозирования, эффективность которой была сопоставлена с прогнозом, определяемым по шкале APACHE-3 (табл. 1-3).

Разработанная нами программа включает в себя оценку сознания, состояния кожи и слизистых оболочек, частоты дыхания, данных перкуссии и аускультации, показателей гемодинамики, данных ЭКГ, рентгенологического исследования, общезлоговых, менингеальных и очаговых неврологических симптомов, результатов спинальной пункции, лапароскопии, внутривенной урографии, ультразвуковых и других инструментальных и лабораторных исследова-

ний (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 200 16 10961 «Программа комплексной помощи врачу при диагностике, прогнозировании исходов и лечения сочетанной травмы» 1 августа 2001 г.).

От программ APACHE-2 и APACHE-3 наша программа отличается более точным прогнозом, а также наличием рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению данного пациента.

Общение с программой построено в виде диалога, в ходе которого врач должен дать ответы на однозначно поставленные вопросы. Вопросы составлены таким образом, что охватывают почти все сведения, которыми должен располагать врач для постановки диагноза.

Работа с программой осуществляется в несколько этапов.

I этап — диалог врача с программой.

II этап — получение врачом компьютерного заключения о степени тяжести состояния пациента, вероятном прогнозе и исходе травмы.

На *III этапе* на 2-4-й день лечения можно с помощью этой же программы уточнить диагноз, оценить динамику состояния пациента и эффективность лечения.

Мы провели анализ 265 историй болезни пострадавших с сочетанной травмой за 1999-2000 гг. (табл. 4).

Как видно из табл. 4, оценка результатов применения предложенной нами компьютерной

Таблица 1

Оценка состояния и вероятного прогноза у пострадавших с тяжелой скелетной и (или) осложненной травмой груди и травматическим шоком I-III степени

№ пациента	Шок II-III ст.	Баллы	Вероятность внутрибольничной смерти, %	Пребывание в ОРИТ по шкале APACHE-3, сут	Фактическое пребывание больного в ОРИТ, сут	% сооставления
1	II	51	20	4	4	100
2	II	58	23	5	5	100
3	II	48	18	4	4	100
4	II	53	21	5	4	80
5	III	68	32	6	5	83,3
6	II	59	24	5	5	100
7	II	55	22	5	4	80
8	I	42	15	4	4	100
9	II	57	23	5	5	100
10	II	45	17	4	4	100
Итого						94,3

Таблица 2

Оценка состояния и вероятного прогноза у пострадавших с торакоабдоминальными ранениями и геморрагическим шоком I–III степени

№ пациента	Шок II–III ст.	Баллы	Вероятность внутри- больничной смерти, %	Пребывание в ОРИТ по шкале АРАСНЕ-3, сут	Фактическое пребы- вание больного в ОРИТ, сут	% сопоставления
1	II	48	20	4	4	100
2	I	38	14	3	3	100
3	II	52	24	5	4	80
4	II	51	23	5	4	80
5	II	50	22	4	4	100
6	III	75	35	6	4	66,6
7	II	58	26	5	3	60
8	II	44	17	4	4	100
9	II	60	28	5	4	80
10	I	41	15	3	3	100
Итого						86,6

Таблица 3

Оценка состояния и вероятного прогноза у пострадавших с сочетанной травмой и травматическим шоком I–III степени

№ пациента	Шок II–III ст.	Баллы	Вероятность внутри- больничной смерти, %	Пребывание в ОРИТ по шкале АРАСНЕ-3, сут	Фактическое пребы- вание больного, сут	% сопоставления
1	II	78	38	6	6	100
2	III	92	48	8	6	75
3	II	82	40	7	7	100
4	II	74	35	6	8	75
5	III	98	52	8	8	100
6	III	103	55	9	7	77,7
7	II	70	34	6	6	100
8	III	86	45	8	5	62,5
9	III	109	60	9	7	77,7
10	III	114	68	10	7	70
Итого						83,7

Таблица 4

Результаты применения программы компьютерной диагностики у пострадавших с сочетанной травмой

Число больных	Совпадения диагноза	%
265	243	91,7
15	C 1–2 незначительными отклонениями	5,66
4	C 3–4 незначительными отклонениями	1,51
1	C существенными отклонениями	0,37
2	Развились осложнения	0,75
Итого		100

программы показала, что ее использование позволяет существенно улучшить диагностику у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Необходимо отметить безусловную практическую пользу применения разработанной нами

компьютерной программы, позволяющей не только уточнить диагноз, но и адекватно оценить тяжесть состояния, прогноз и качество лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2003 г.

А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Вогницкая, Т.А.Стрелинская
НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Проблемы неотложной хирургии в отчетном 2003 г. по-прежнему привлекали к себе внимание российских ученых.

Нам удалось получить сведения о 107 законченных научных работах, в том числе о 8 докторских и 95 кандидатских диссертациях.

В научно-исследовательской работе принимали участие 44 научных учреждения, среди них кафедры 39 вузов и учреждений последипломной подготовки врачей.

Нам известно об издании 4 монографий, 1 практического руководства и 5 наименований методических рекомендаций, 1 наименовании учебно-методического пособия и 1 информационного письма. К печати подготовлены 2 пособия для врачей.

В центральной печати опубликованы 44 статьи.

Перитонит по-прежнему занимает одно из центральных мест в научной работе по неотложной хирургии.

Все больше работ посвящено изучению иммунного статуса у больных с перитонитом, особенно осложненным абдоминальным сепсисом.

Показано, что для больных с распространенным перитонитом различной степени тяжести характерно превалирование тонуса симпатoadrenalовой системы, что ограничивает пролиферативные возможности организма и со стороны иммунной системы проявляется лимфоопенией, Т-иммунодефицитом и снижением продукции иммуноглобулинов класса G.

Состояние жирнокислотного состава лимфоцитов больных с перитонитом характеризуется повышенным количеством резистентных к перекисному окислению насыщенных жирных кислот, сниженным содержанием омега-6 жирных кислот и увеличенным отношением омега-3 жирных кислот к омега-6 жирным кислотам.

Для коррекции функционального состояния иммунной системы больных с распространенным перитонитом рекомендовано применение метаболитических препаратов (реамбирин, глутоксима, пирасетама). При таком лечении у больных в состоянии средней степени тяжести отмечено снижение количества оперативных вмеша-

тельств и существенное (с 31,25% до 14,29%) снижение летальности (Красноярская медицинская академия).

Установлено, что течение распространенных форм острого перитонита сопровождается нарушениями иммунного статуса преимущественно за счет клеточного и фагоцитарного звена иммунитета. Рекомендовано использование препарата галавит, являющегося не только иммуномодулирующим, но и противовоспалительным средством, ингибирующим гиперактивные макрофаги и синтез ими интерлейкина и других биологически активных соединений, оказывающих основное патологическое действие на очаг воспаления. В целом это позволяет снизить общее количество осложнений и летальность (МГМСУ).

Разработан и внедрен в клиническую практику новый биологический метод определения общей цитолитической активности комплемента. Индекс активности комплемента как маркер токсемии позволяет наиболее точно определить степень тяжести эндогенной интоксикации, отражает динамику течения перитонита и эффективность проводимых лечебных мероприятий, способствует ранней диагностике послеоперационных осложнений.

Подчеркнуто, что выбор того или иного метода лечения для включения в комплекс лечебных мероприятий зависит от степени эндогенной интоксикации и иммунологических нарушений. Легкую степень интоксикации можно корректировать с помощью традиционной инфузионно-детоксикационной терапии, средняя степень тяжести интоксикации требует включения в комплекс лечебных мер ультрафиолетового облучения крови и эндолимфатического введения иммуномодулятора. При интоксикации тяжелой степени показано включение в комплекс проводимого лечения ультрафиолетового облучения аутокрови в сочетании с плазмаферезом и эндолимфатическим введением иммуномодулятора полиоксидония, что позволяет предотвратить возникновение полиорганной недостаточности, снизить уровень интоксикации в 2-3 раза, а послеоперационную летальность — в 2 раза (МГМСУ).

Доказано, что включение дискретного плазмафереза в программу комплексной интенсивной терапии больных с хирургическим сепсисом характеризуется клинически значимым эффектом, что проявляется достоверным снижением тяжести состояния пациентов, регрессией проявлений эндотоксикоза и полиорганной недостаточности, коррекцией иммунодепрессии и уменьшением показателя 28-суточной летальности в 2,5 раза (Новосибирская медицинская академия).

Показано, что применение компьютерной морфоденситометрии эритроцитов и лимфоцитов периферической крови способствует ранней диагностике сепсиса и может быть использовано для прогноза течения и исхода заболевания. Интегральная оценка показателей компьютерной морфоденситометрии эритроцитов и лимфоцитов позволяет в первые сутки появления признаков синдрома системной воспалительной реакции диагностировать сепсис с чувствительностью 96,6% и специфичностью 91,4%, тяжелый сепсис — 84,8% и 93,9% и септический шок — 100% и 100% соответственно.

Применение компьютерной морфоденситометрии с интегральной оценкой показателей позволяет проводить дифференциальную диагностику основных острых хирургических заболеваний брюшной полости, осложнившихся сепсисом, определять этиологию и распространенность процесса (Алтайский медицинский университет).

Выявлено, что при развитии распространенного гнойно-фибринозного перитонита происходит снижение функциональных возможностей тканевых базофилов (на 62,46%), сопровождающееся снижением уровня биохимических показателей ферментативной (на 92,2%) и суммарной (на 86,25%) фибринолитической активности крови, блокированием синтеза и экскреции гепарина в кровотоке с развитием в микроциркуляторном русле гиперкоагуляционного синдрома. Установлено, что использование в составе стандартных санационных растворов гепарина в дозе 5000 ЕД/л при интраоперационной санации брюшной полости у больных с распространенным гнойно-фибринозным аппендикулярным перитонитом приводит к ранней нормализации (10-е сутки) показателей функциональной активности антисвертывающей системы крови, снижению количества послеоперационных осложнений на 21,5%, снижению летальности на 4,5% и потребности в релапаротомии — на 8,5% (ГИУВ МО РФ).

Обращено внимание на то, что наиболее выраженная гиперкоагуляция наблюдается у пациен-

тов с тяжелыми формами перитонита в первые 3 суток после операции, именно поэтому 62% тромбоэмболических осложнений развиваются в этот период. Инфекционные осложнения перитонита способствуют пролонгированию гиперкоагуляции и, как следствие, сохранению риска развития тромбоэмболических осложнений, что проявляется развитием тромбозов и тромбоэмболий через 2 недели после операции. Частота и сроки развития тромбоэмболических осложнений находятся в прямой зависимости от степени эндогенной интоксикации. Для профилактики тромбоэмболических осложнений при распространенном перитоните рекомендовано назначение гепарина в суточной дозе 20 000 ЕД и более, применение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах с первых часов послеоперационного периода и более широкое использование у пациентов с высоким риском развития послеоперационных осложнений в качестве эмпирической антибактериальной терапии фторхинолонов первого поколения или цефалоспоринов III поколения в сочетании с амикацином или метронидазолом (ВМА).

Установлено, что степень выраженности синдрома системной воспалительной реакции достоверно связана с исходом острого перитонита и имеет прямую связь с результатами микроскопического исследования экссудата брюшной полости. Предложена формула для оценки вероятного характера исхода перитонита (СП6МА).

Продолжены работы по изучению эффектов эндолимфатической терапии в лечении перитонита. Разработан модифицированный способ дренирования периферических лимфатических сосудов с использованием катетера с мандреном и пластины-фиксатора. Показано, что применение эндолимфатической терапии позволило снизить количество послеоперационных осложнений на 26,5% и послеоперационную летальность — с 23,17% до 15,89% (Ижевская медицинская академия).

Проведено экспериментально-клиническое исследование сочетанного применения глутамина и пектина в лечении синдрома кишечной недостаточности при перитоните. В эксперименте показано, что энтеральное введение 1% раствора пектина в раннем послеоперационном периоде стимулирует и увеличивает электрическую активность тонкой кишки, оказывая при этом антибактериальное действие на патогенные штаммы микроорганизмов. Сочетанное энтеральное введение растворов пектина и глутамина боль-

ным с распространенным перитонитом в раннем послеоперационном периоде приводит к сокращению сроков разрешения синдрома кишечной недостаточности, что в целом позволило снизить показатели летальности с 24,4% до 13,3% (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского).

Определены количественные критерии стадий нарушения всасывательной функции тонкой кишки при распространенном перитоните, что позволяет назначать нутриенты в соответствии со степенью этих нарушений. При значениях показателя всасывательной функции ниже 25% энтеральное питание назначать не следует, нужно использовать только парентеральное питание. По мере восстановления всасывательной функции тонкой кишки рекомендовано использовать солевые растворы, а также адаптированные питательные смеси. Такая коррекция нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде позволила снизить число гнойно-воспалительных осложнений в 1,7 раза, повторных оперативных вмешательств — в 1,9 раза и летальность — в 1,4 раза (РГМУ).

Ряд работ подтверждает патогенетическую обоснованность и эффективность применения комбинированного лечения острого желчного перитонита гипохлоритом натрия (Кубавская медицинская академия), использования электрохимически активированного раствора натрия хлорида у больных с распространенным перитонитом (МГМСУ).

Сотрудниками Воронежской медицинской академии доказано, что оптимальным для санации брюшной полости в комплексе лечения острого перитонита является гетеротермический режим санации, при котором на первом этапе используется гипотермический раствор для удаления из брюшной полости токсичных продуктов, а на втором, при обработке брюшной полости антисептиком — гипертермический раствор. Такой способ позволяет ускорить сроки купирования интоксикационного синдрома, снижает количество осложнений и ведет к снижению летальности с 15,8% до 8,7%. По мнению автора из Казанской медицинской академии, для санации брюшной полости следует использовать только гипотермический режим, обеспечивающий стабилизацию показателей центральной и интестинальной гемодинамики, снижение перитонеальной резорбции токсинов и стимуляцию моторики желудочно-кишечного тракта.

Предложена комплексная детоксикационная терапия при длительных программированных

санациях брюшной полости, включающая в себя сочетание плазмафереза и гемофильтрации с использованием роиколоейкина (500 000–1 000 000 МЕ), позволяющая в значительной мере нивелировать эффекты многократных хирургических вмешательств и снизить частоту развития органной недостаточности (Ставропольская медицинская академия).

Показана высокая эффективность миниинвазивных технологий — УЗИ и лапароскопии — в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Разработаны критерии оценки степени бактериальной контаминации брюшной полости, определены показания к лечебной лапароскопии и релапаротомии у больных с послеоперационным перитонитом (РГМУ).

Установлено, что включение в комплексную терапию в неотложной абдоминальной хирургии аминокислотного гидролизата «Аминок» приводит к снижению частоты развития ранних послеоперационных осложнений (Рязанский медицинский университет).

В работе из Красноярской медицинской академии показано, что применение хитозанового энтеропассажа у больных с местной формой перитонита (плеодекальный инфильтрат) обеспечивает более раннее исчезновение воспалительного выпота в полости брюшины и деградацию инфильтрата.

Конкурирующей с проблемой перитонита по числу завершенных работ является проблема острого панкреатита, в которой остается еще много нерешенных вопросов патогенеза, диагностики и лечения.

Показано, что тяжесть состояния больных со стерильным панкреонекрозом, его дальнейшая эволюция и инфицированные формы, прогноз заболевания и выбор дифференцированной тактики консервативного и хирургического лечения определяются распространенностью некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Установлено, что в дифференциальной диагностике стерильного и инфицированного панкреонекроза оптимальным лабораторным тестом является определение концентрации прокальцитонина в плазме крови. Пороговым уровнем, подтверждающим инфицирование, является концентрация прокальцитонина более 2 нг/мл (РГМУ).

Для дифференциальной диагностики отечной и некротических форм острого панкреатита и прогноза течения некротических форм рекомендовано использовать определение общей кон-

центрации альбумина и эффективной концентрации альбумина, а также индекса токсичности — соотношения этих двух показателей. Сравнительная оценка альбуминовых показателей сыворотки крови и выпота брюшной полости позволяет оценить динамику воспалительного процесса в брюшной полости и своевременно заподозрить наличие абдоминальных и экстраабдоминальных осложнений (РГМУ).

Выявлено, что у больных с панкреонекрозом выраженность изменений морфометрических и денситометрических параметров эритроцитов и надмолекулярной организации интерфазного хроматина взаимосвязана с клиническими формами панкреонекроза, что позволяет дифференцировать все формы панкреонекроза с чувствительностью и специфичностью 100% (Алтайский медицинский университет).

Разработан клинико-диагностический алгоритм, включающий в себя рентгеновскую компьютерную томографию и позволяющий выбирать адекватный и своевременный способ оперативного вмешательства (МГМСУ).

Установлено, что мониторинг профиля регуляторного звена системы комплементов с момента поступления больного в стационар до конца 3-х суток позволяет прогнозировать тяжесть течения острого некротизирующего панкреатита. Обращено внимание на то, что у пациентов в возрасте 20–40 лет наиболее высок риск развития тотального панкреонекроза (Кубанская медицинская академия).

Выявлено, что выраженность синдрома эндотоксикации в динамике развития острого панкреатита коррелирует с расстройствами обмена липидов печени и почек, что определяет значимость мембранодеструктивных процессов в генезе эндотоксикоза со стороны основных органов детоксикационной системы организма (Мордовский университет).

По данным сотрудников Уральской медицинской академии дополнительного образования, ведущая роль в диагностике острого панкреатита принадлежит лапароскопии и прямой панкреатоскопии, которая в 100% случаев позволяет установить форму острого панкреатита. Показано, что видеолапароскопические и чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-наведением могут быть окончательными методами хирургического лечения в разные фазы панкреонекроза или этапными процедурами, позволяющими оптимизировать проведение необходимых открытых операций. Эти малонизвазивные

вмешательства позволяют снизить послеоперационную летальность в 2,5 раза по сравнению с традиционными «открытыми» операциями (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского).

Предложено «упреждающее» оперативное лечение (декомпрессия и дренирование забрюшинной клетчатки методом дигитоклазии, марсупиализация сальниковой сумки и дренирование брюшной полости) больных с острым деструктивным панкреатитом, что приводит к более быстрому снижению содержания фактора некроза опухолей в плазме крови, способствует уменьшению выраженности эндотоксикоза и сопровождается достоверным снижением летальности у наиболее тяжелой группы этих пациентов (Кубанская медицинская академия).

Большинство авторов считают основой лечения больных с тяжелым острым панкреатитом в первую неделю заболевания консервативную комплексную терапию в условиях реанимационного отделения. При наличии признаков жидкостных скоплений или их инфицирования рекомендованы малонизвазивные вмешательства — дренирование под УЗ-наведением или минилапаротомия с использованием комплекта «Мини-ассистент» при некрозе забрюшинной клетчатки в пределах одного квадранта. При распространенном инфицированном ретроперитонеонекрозе необходимо «открытое» оперативное вмешательство, затягивание сроков начала которого может быть причиной усугубления синдрома полиорганной недостаточности (ММА).

Показано, что применение криоплазменного антиферментного комплекса, направленного на ослабление выраженности синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, значительно улучшает результаты комплексного лечения больных с острым панкреатитом и позволяет снизить летальность в 1,4 раза (Алтайский медицинский университет).

Доказана эффективность рентгенотерапевтического лечения острого отеочного панкреатита (Читинская медицинская академия).

Для профилактики гнойно-некротических осложнений у больных с острым деструктивным панкреатитом предложено включение в комплекс лечебных мероприятий поясничной пролонгированной забрюшинной блокады с последовательным введением лекарственной смеси (лидокаин + цефотаксим + эмоксилин) в сочетании с ультрафонофорезом в фазу панкреатогенного шока и токсемии. Разработаны новые дренажные устройства для лапароскопического

дренирования брюшной полости, что в сочетании с ультразвуковой терапией передней и боковой стенок брюшной полости эффективно снижает эндогенную интоксикацию и летальность (Курский медицинский университет).

Установлено, что эффективное дренирование салниковой сумки при инфицированных формах панкреонекроза достигается формированием оmentoпанкреотобурсостомы с этапными санациями с интервалом в 48–72 часа, при наличии распространенного гнойного перитонита и распространенной забрюшинной флегмоны показаны программируемые санации через каждые 24–48 часов (Ставропольская медицинская академия).

Выявлена эффективность антибактериальной профилактики стерильного панкреонекроза, которая определяется распространенностью некротического процесса в забрюшинном пространстве и сроками начала антимикробной терапии. При ограниченном стерильном панкреонекрозе антибактериальные препараты, назначенные в ранние сроки заболевания, позволяют предупредить инфицирование, тогда как при распространенном стерильном панкреонекрозе их эффективность существенно ограничена (РГМУ).

Доказано, что оперативное вмешательство по поводу острого деструктивного панкреатита целесообразно завершать дренированием салниковой сумки устройством из синтетически модифицированной мембраны и в течение 7–9 суток послеоперационного периода проводить непрерывную периферическую перфузию осмотически активного диализирующего раствора в просвете мембранной капсулы со скоростью 2 мл/мин при помощи микроперистальтического двухканального насоса. Это обеспечивает высокую антимикробную активность и повышает эффективность диализа для мочевины и молекул средней массы (Красноярская медицинская академия).

Показано, что использование низкодозированного лазерного облучения зоны поджелудочной железы служит профилактикой развития деструктивных осложнений острого панкреатита (Башкирский медицинский университет).

Подтверждена эффективность включения в комплексную терапию острого панкреатита плазмафереза в сочетании с применением озонированного изотонического раствора натрия хлорида (Чувашский университет).

В проблеме острого холецистита подытожены результаты хирургического лечения калькулезного холецистита с помощью малоинвазивных технологий. Подчеркнуто, что ведущее значение

в оценке воспалительных изменений в желчном пузыре имеют данные УЗИ, позволяющие использовать «избирательно-активную» тактику при остром холецистите и определить оптимальные сроки оперативного вмешательства. Меньше осложнений в послеоперационном периоде наблюдается в случаях выполнения срочных, а не отсроченных операций (2,7% и 7,5%).

Лапароскопическая холецистэктомия по сравнению с холецистэктомией из минидоступа оказывает менее отрицательное влияние на дыхание и кровообращение в послеоперационном периоде.

Выявлено, что перидуральная анестезия нивелирует отрицательное воздействие пневмоперитонеума на дыхательную и сердечно-сосудистую системы пациента, что особенно важно в геронтологической практике (РУДН, Ростовский медицинский университет, Кемеровская медицинская академия).

Показано, что применение нового кровезаменителя полифункционального действия — полиоксифумарина — в составе комплексной терапии в до- и послеоперационном периодах у больных с острым деструктивным холециститом существенно улучшает показатели кислотно-основного и газового состава крови, способствует устранению метаболического ацидоза, уменьшает интенсивность процессов перекисного окисления липидов, снижает показатели вязкости крови и агрегацию эритроцитов (СПБМАПО).

Для коррекции местных механизмов иммунитета больным с острым калькулезным холециститом рекомендована пред-, интра- и послеоперационная регионарная гепатопанкреатодуоденальная иммунотерапия, проводимая через клетчаточные-фасциальные пространства круглой связки печени с помощью тактивина. Предложенный метод в комплексной терапии острого холецистита позволяет уменьшить воспаление в области шейки желчного пузыря, стабилизировать местный иммунный ответ и снять болевой синдром (МГМСУ).

Доказано, что включение в комплексное лечение больных с острым холециститом озонотерапии в виде озонного диализа подпеченочной области как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде с использованием различных методик (от внутривенного введения озонированного изотонического раствора натрия хлорида до рефлекторной озонопунктуры) восстанавливает функцию печени и снижает летальность у больных с деструктивными формами острого холецистита (Городская больница г. Черкесска).

Выявлено, что проведение предоперационной комбинированной терапии внутривенным лазерным облучением крови в сочетании с мексидолом существенно снижает эндогенную интоксикацию и сокращает сроки подготовки к операции (ГНИЦ лазерной медицины и ГКБ № 51 г. Москвы).

Обращено внимание на то, что у больных, оперированных по поводу острого холецистита, с учетом необходимости лечения развившихся в послеоперационном периоде осложнений экономически выгоднее лечение дорогостоящими, но более эффективными антибактериальными препаратами (цефалоспориновые антибиотики II–III поколения и фторхинолоновые препараты), хорошо проникающими в желчь и имеющими высокую антибактериальную активность (МГМСУ).

Разработан протокол лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, включающий в себя сочетание неинвазивных методов исследования (УЗИ, МРПХГ) и позволяющий достичь общей точности в 98,9% в диагностике холангиолитиаза, тогда как общая точность ЭРПХГ составила 90,1% (ММА).

Доказано, что интраоперационное лазерное облучение тканей в зоне хирургического вмешательства, эндобиллярная чредадренажная лазерная терапия и лазерное облучение портальной крови в комплексе лечения больных с гнойным холангитом способствуют раннему купированию воспалительных явлений в желчевыводящих протоках и гепатопанкреатодуоденальной зоне, снижают частоту развития послеоперационных осложнений (с 23,3% до 14,1%) и летальность (с 5,8% до 2,4%) (Башкирский медицинский университет).

Показано, что у больных с механической желтухой использование малоинвазивной декомпрессии желчных путей с возвратом желчи в желудочно-кишечный тракт, энтеросорбции и энтеральных инфузий с глутамином является эффективным средством купирования интоксикация, печеночной и энтеральной недостаточности и профилактики энтерогепатической транслокации микробов (Ярославская медицинская академия).

Показано, что УЗИ правой подвздошной области у больных с острым аппендицитом является дополнительным высокоинформативным неинвазивным методом исследования, позволяющим с высокой долей вероятности подтвердить или исключить острый аппендицит. Описана эхоэмиотика острого аппендицита и его осложнений (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, ММА).

Установлено, что аппендэктомия комбинированным способом, включающим в себя лапароскопический этап операции, способствует снижению частоты проведения необоснованных аппендэктомий и развития раневых и внутрибрюшных осложнений (Самарский медицинский университет и ГКБ № 1 г. Тольятти).

Выявлено, что частота сочетаний аппендицита с другими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства имеет клиническое значение и тенденцию к увеличению. Во многих случаях имеется взаимообусловленность в возникновении и течении патологического процесса в червеобразном отростке с заболеваниями других органов брюшной полости. Подчеркнуто, что сочетанные неотложные хирургические операции должны выполняться лишь по абсолютным показаниям (Ставропольская медицинская академия).

Определено, что при осложненном течении послеоперационного периода после аппендэктомии имеются изменения иммунограммы. Использование тималина, эпиталамина и вилона приводит к быстрому купированию патологического процесса и значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре. Предпочтительнее отдавать дипептиду вилону по 10 мг ежедневно в течение 5 дней (ИУВ МО РФ).

Установлено, что УЗИ является эффективным методом диагностики острой кишечной непроходимости. Описаны эхоэмиотика острой кишечной непроходимости и особенности ультразвуковой картины в раннем послеоперационном периоде (Рязанский медицинский университет, РГМУ).

Показана диагностическая ценность лапароскопии в диагностике острой кишечной непроходимости, позволяющая распознать ее на начальном этапе, когда другие методы малоинформативны. Лапароскопия помогает выявить характер кишечной непроходимости, установить этиологию и уровень препятствия в кишке. Эндовидеоскопические вмешательства следует предпочесть наблюдению за больными в динамике, так как они могут быть завершены лечебными пособиями, устраняющими кишечную непроходимость и ее причину. При спаечной кишечной непроходимости лапароскопически удалось завершить операцию в 63,6% случаев, при непроходимости на почве ущемленной грыжи — в 43,75% наблюдений, при динамической непроходимости — в 73–81% случаев. При обтурационной непроходимости у 20% больных операция проводилась с видеоассистенцией. Использо-

ние видеолaparоскопии в ранние сроки развития острой кишечной непроходимости способствовало снижению послеоперационной летальности на 70% (СПБМАПО).

Разработана и внедрена в клиническую практику методика селективной электрогастроэнтероколонографии и компьютерная программа, позволяющая максимально объективизировать картину функционального состояния желудочно-кишечного тракта и контролировать эффективность различных методов лечения (СПБМАПО).

В экспериментально-клиническом исследовании доказана эффективность энтеросорбции на фоне интубации тонкой кишки, внутрисосудистого лазерного облучения крови, непрямой электрохимической детоксикации. Комплекс этих мероприятий позволил снизить летальность в 1,4 раза (Ярославская медицинская академия).

Обращено внимание на необходимость дифференцированного лечения паралитической кишечной непроходимости в зависимости от ее стадии. В стадии компенсации достаточным методом декомпрессии является назогастральное дренирование с последующим комплексом дезинтоксикационной, инфузионной, антибактериальной и симптоматической терапии, адекватного обезболивания, в том числе эпидурального, стимуляции кишечника и раннего энтерального питания.

В суб- и декомпенсированной стадии функциональной непроходимости патогенетически обоснованной является назоинтестинальная интубация с добавлением к комплексу лечения энтерального лаважа, энтеросорбции, деконтаминации кишечника и эндолимфатической антиоксидантной терапии. Рекомендованный дифференцированный комплекс лечебных мероприятий позволяет в 1,5 раза быстрее восстановить моторно-эвакуаторную функцию кишечника у больных с ее тяжелыми нарушениями, уменьшить количество гнойно-септических осложнений, сократить в 2 раза количество релапаротомий и снизить показатели летальности в 1,5 раза (МГМСУ).

Разработаны способ внутрипросветной электростимуляции двигательной активности тонкой кишки и устройство для его осуществления. Показано, что «активная» электростимуляция кишечника до времени достижения критерия физиологической готовности к стимуляции малоэффективна. «Пролонгированная» внутрипросветная электростимуляция водителя ритма перистальтики тонкой кишки, расположенного в проксимальном отрезке двенадцатиперстной кишки, интенсифицирует скорость восстановления биоэлек-

трических свойств кишечника и является базой для проведения активной электростимуляции в ближайшем послеоперационном периоде. Применение этого метода приводит к существенному снижению количества послеоперационных осложнений (Иркутский ИУВ и Иркутский медицинский университет).

Разработан оптимальный комплекс лечебных мероприятий у больных с послеоперационной паралитической кишечной непроходимостью в условиях наружного дренирования тонкой кишки, включающий в себя антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную, инфузионно-трансфузионную терапию, гипербарическую оксигенацию, электростимуляцию желудочно-кишечного тракта, симптоматическую терапию с применением чрезкожного введения лекарственных веществ, раннее энтеральное питание с ферментным препаратом «Креон». Снижение количества послеоперационных осложнений, повторных операций по поводу продолжающегося параза кишечника и летальности в 2,5 раза является доказательством эффективности предложенного лечения (МГМСУ).

Предложен объективный тест идентификации жизнеспособности кишки и определения эффективности лечения ишемических нарушений в ней — исследование ненульсовой оптической плотности в компрессионном спектре в сочетании с пульсомоторографией. Критерием обратимости ишемии кишки следует считать функционирование более 17% сосудистых коллекторов с внутрипросветным кровяным давлением выше 40 мм рт. ст. при наличии кишечного пульса на пульсомоторограмме. Выделены 17 факторов риска развития нежизнеспособности кишки.

Разработан способ лечения обратимой ишемии межкишечных анастомозов, включающий в себя последовательное внутривенное введение терапевтических доз 1% раствора никотиновой кислоты, обладающей быстро наступающим, но непродолжительным действием, и оксигенированного перфторана как препарата с пролонгированным эффектом (Ижевская медицинская академия).

Разработан и апробирован способ формирования Y-образного отсроченного анастомоза при неотложной резекции толстой кишки при помощи компрессионного имплантата, представляющего собой сложенный вдвое отрезок никелид-титановой проволоки длиной 40 мм. Использование этой методики позволяет снизить количество осложнений и летальность по сравнению с результатами двухэтапного лечения с обструктивной

резекцией толстой кишки (Тюменская медицинская академия).

Проблемы диагностики и лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка остаются очень актуальными. Подтверждено, что в сложных для диагностики случаях перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки фиброгастроудоденоскопия и видеолaparоскопия позволяют поставить правильный диагноз и своевременно провести адекватное лечение (Владивостокский медицинский университет, Владивостокский филиал Восточно-Сибирского центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, Воронежская медицинская академия).

Продолжается совершенствование эндоскопического лечения больных с перфоративной язвой (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, Казанская медицинская академия, Воронежская медицинская академия).

Экспериментальными исследованиями установлено, что шовный материал в области пилородуоденальной язвы оказывает отрицательное влияние на ее заживление. В связи с этим разработан метод комбинированной эндоскопической оментопластики со съемной лигатурой, обеспечивающий оптимальные условия регенерации слизистой оболочки в области перфоративной язвы (Казанская МАДО).

Совершенствуются методы традиционного хирургического лечения перфоративных язв (Якутский медицинский университет). При этом все авторы подчеркивают необходимость проведения противорецидивного лечения в раннем послеоперационном периоде, обращая внимание на низкий процент (6,1–19%) рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по сравнению с результатами ушивания перфоративных язв по Опелю — Поликарпову, где частота рецидивов достигает 56,9% (Якутский медицинский университет, НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, ММА).

Показано, что применение высокоэффективных противоязвенных препаратов — блокаторов протонной помпы и H₂-гистаминовых рецепторов — позволяет выполнять оперативное вмешательство при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки без ваготомии (Якутский медицинский университет).

При перфорации гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется резекция желудка, так как у 53,4% больных язвы

вместе с воспалительным инфильтратом составляет в диаметре 6 см и более. При выявлении перитонита у пациентов с гигантскими перфоративными язвами и наличии показаний к радикальной операции целесообразно хирургическое лечение проводить в два этапа: первый этап — ушивание перфорации, а через 2–3 недели после стихания общих и местных проявлений перитонита — второй этап — резекцию желудка (Ростовский медицинский университет).

Показано, что применение таких приемов, как наружная декомпрессия желудка, энтеральное питание через двухканальный питательно-декомпрессионный зонд, употребление жидкости через рот с первых часов после операции, способствуют восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника, нормализации ОЦК и электролитного состава плазмы крови, стабилизации показателей обмена белков и липидов, что дает возможность снизить частоту развития осложнений, связанных с парезом кишечника с 18,4% до 4,9% (Ростовский медицинский университет).

Значительная часть работ, как и в предыдущие годы, посвящена острым язвенным гастродуоденальным кровотечениям. Показано, что определение уровня обратной диффузии ионов водорода может быть патогенетическим тестом оценки состояния слизистой оболочки желудка. Повышенную обратную диффузию ионов водорода следует рассматривать как маркер трофических и метаболических нарушений в гастродуоденальной зоне (Кубанская медицинская академия).

Для повышения эффективности эндоскопического гемостаза, позволяющего уменьшить количество вынужденных и неотложных операций, предложено применение современных лечебных технологий: медикаментозное устранение спазма мышечного слоя двенадцатиперстной кишки бускопаном, использование оригинального промывного устройства и применения ротационного клипатора (УМАДО). Рекомендован метод эндоскопического гемостаза с помощью аргоноплазменной коагуляции (СП6МАПО), комбинированные эндоскопические методики в виде обкалывания адреналином и аргоноплазменной коагуляции (ВМА).

Обращено внимание на необходимость применения высокоэффективной терапии (блокаторов протонной помпы и H₂-гистаминовых рецепторов) в ранние сроки после эндоскопического гемостаза, при этом целесообразно использовать инфузионные формы современных антисекре-

торных препаратов (ВМА, РосМАПО), а также антихеликобактерные препараты. Эрадикация *H. pylori* у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, сопровождается тенденцией к снижению синтеза гастрина и гистамина и повышением синтеза соматостатина (РосМАПО).

Разработан новый способ экстрадюденализации кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, позволяющий снизить количество ранних послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность по сравнению с резекцией желудка почти в 2 раза (Новосибирская медицинская академия).

Доказана надежность однорядного электрохирургического гастродуоденального анастомоза закрытого типа при осложнениях язвенной болезни в условиях перитонита и обескровливания (Мордовский университет).

Продолжает совершенствоваться радикальная дуоденопластика как оптимальный способ хирургического гемостаза (Кубанская медицинская академия).

Изучены особенности возникновения и течения эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у обожженных (ТулГУ, Тульская областная больница), у больных с инфарктом миокарда (МГМСУ), после операций на сердце и сосудах (НЦССХ), на легких (ВМА).

Показано, что в основе морфогенеза эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки лежат тяжелые нарушения микроциркуляции, глубокое угнетение пролиферативной активности эпителия желез слизистой оболочки при сохранении выработки ими соляной кислоты и аномальное усиление процессов ПОЛ.

Актуальной проблемой остаются повреждения груди и живота.

Показано, что проникающие ранения груди и живота сопровождаются в первые 2 суток после операции изменениями параметров иммунограммы, обуславливающих развитие дезадаптации и иммунного дисбаланса. Степень выраженности этих изменений зависит от объема кровопотери. Определение типов иммунограмм у пострадавших в первые 2 суток после операции позволяет прогнозировать развитие осложнений. Число пострадавших, нуждающихся в применении иммунных препаратов, вырастает по мере увеличения кровопотери с 24% (кровопотери до 2000 мл) до 78% (кровопотери более 3000 мл).

Выявлены ранние прогностически неблагоприятные признаки развития гнойно-септических ос-

ложнений. Определено, что профилактическая иммунокоррекция в зависимости от типа реагирования иммунной системы включает в себя применение антибактериальных иммунных плазм, иммуноглобулинов, лейкоинферона, препаратов вилочковой железы и миелопида. Профилактическая иммунокоррекция положительно влияет на ликвидацию дисбаланса белков острой фазы воспаления, коррелирующих с клиническим течением послеоперационного периода (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского).

Подтверждена высокая диагностическая и лечебная эффективность видеоторакоскопии, позволяющей в ранние сроки оценить характер внутригрудных повреждений и определить тактику лечения, а у 95% пострадавших с торакальной травмой — выполнить окончательную остановку внутриплеврального кровотечения, ушивание ран легкого, репозицию отломков ребер, адекватную санацию и дренирование плевральной полости (Волгоградский медицинский университет).

Описана экзосемиотика травмы печени, позволяющая диагностировать различные варианты повреждений печени (ушибы, разрывы, ранения). Показано, что применение УЗИ дает возможность определить группу пациентов с риском развития посттравматических осложнений (при наличии нестабильных гематом, интрамуральных повреждений стенок желчного пузыря, травмы печени).

Разработана классификация ранних специфических осложнений травмы печени и описаны их эхографические критерии, что позволяет минимизировать применение инвазивных и дорогостоящих методов лечения и снизить летальность.

Доказана эффективность своевременного проведения санационно-дренирующего лечения гнойных полостей печени и внутрипеченочных биллом, обусловленных повреждением крупных биллиарных протоков, что позволяет избежать развития более тяжелых осложнений (эрозивных изменений сосудистых и биллиарных ветвей, неконтролируемых желченстечений). Осуществление УЗ-наведения при их выполнении позволяет выбрать оптимальную траекторию прохождения дренирующей системы и уменьшить риск проводимой манипуляции (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского).

Разработана ангиографическая семиотика, позволяющая различать варианты повреждения печени: ушиб, центральную гематому, подкапсульную гематому, ложную артериальную анев-

ризму, артериовенозную фистулу, разрыв печени, гематому ворот печени, изолированное повреждение печеночной вены.

Установлено, что показаниями к ангиографическому исследованию являются прогрессирующее увеличение размеров центральных или подкапсульных гематом, появление в объемных образованиях турбулентного кровотока, клинические признаки гемобилии.

Доказано, что эндоваскулярная эмболизация ветвей печеночной артерии в комплексном лечении повреждений печени является эффективным методом гемостаза, который в 81% случаев позволяет избежать повторных хирургических вмешательств (НИИ СП им. Н.В.Склифосовского).

Созданы диагностические и лечебные алгоритмы при огнестрельных ранениях груди и живота, при торакоабдоминальных ранениях (МГМСУ, ВМА).

Разработаны клиническая классификация полного поперечного разрыва поджелудочной железы и алгоритм выбора способа его хирургического лечения.

Установлено, что окклюзия протоков поджелудочной железы является малотравматичной, органосберегающей операцией, позволяющей сохранить инсулярный аппарат и селезенку, способствующей обратному развитию травматического панкреатита и снижающей количество осложнений в 3 раза по сравнению с дистальной резекцией поджелудочной железы (Новосибирская медицинская академия).

Обращено внимание на то, что интраоперационная тампонада поджелудочной железы способствует развитию посттравматического панкреатита, поэтому показания к ее проведению должны быть строго ограничены (Ярославская медицинская академия).

Тезисы

ДАЛЬНЕЙШЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В г. УФЕ

Н.А.Абубакиров, С.Н.Хунафин

Городская станция скорой медицинской помощи, Уфа, Башкортостан

© Н.А.Абубакиров, С.Н.Хунафин, 2004 г.

Сложность и противоречивость ситуации, сложившейся в системе оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, и поиск путей выхода из нее постоянно являются предметом обсуждения и полемики.

Анализ обращений на станцию скорой медицинской помощи (СМП) Уфы свидетельствует о неуклонном увеличении количества вызовов. Так, обращаемость на станцию СМП возросла с 349,4 на 1000 населения в год в 2001 г. до 387,8 на 1000 населения в год в 2003 г. и значительно превысила среднюю обращаемость в Российской Федерации (298,7 на 1000 населения в год).

В значительной мере это связано с тем, что более 24% обращений составляют вызовы к больным, нуждающимся в амбулаторно-поликлиническом лечении или в оказании неотложной, но не скорой медицинской помощи.

Показатель обеспеченности бригадами сократился с 0,8 на 1000 населения в 2001 г. до 0,7 на 1000 населения в 2003 г. Основная причина со-

кращения количества бригад заключается в их неуклоплектованности кадрами.

Из всех обращений на станцию СМП 17,6% вызовов выполнено специализированными бригадами, 82,4% — линейными бригадами; при этом врачскими линейными бригадами обслужено 68,7% вызовов, а фельдшерскими — 13,7%.

В 2001–2003 гг. в стационары города специализированными, врачскими линейными и фельдшерскими линейными бригадами доставлено соответственно 21,7%, 19,6% и 20,1% больных и пострадавших, из них госпитализировано соответственно 64,2%, 61,5% и 65,2%.

Количество повторных вызовов в течение последних лет остается на одном уровне и составляет 0,77–0,80%, причем у фельдшерских бригад оно на 1,5% больше, чем у врачских.

Профильность специализированных бригад остается низкой и составляет 55–65%.

Расхождение между диагнозами бригад ССМП и стационаров в 2003 г. у врачей линейных бригад отмечалось в 3,2% случаев, у врачей

специализированных бригад — в 2,2%, у фельдшеров — в 4% случаев.

Для улучшения работы службы скорой медицинской помощи Уфы прежде всего необходимо

повысить взаимосвязь работы станции СМП с амбулаторно-поликлиническими учреждениями и реорганизовать специализированные бригады СМП в бригады интенсивной терапии.

МЕТОД ВЫБОРА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Ф.З.Галимуллин

Отдельный военизированный горноспасательный отряд, г. Воркута, Россия

© Ф.З.Галимуллин, 2004 г.

При авариях или несчастных случаях наиболее частыми причинами, приводящими к нарушению дыхания у пострадавших шахтеров, являются недостаток кислорода или наличие токсичных примесей в рудничной атмосфере (последствия взрывов, пожаров, выбросов метана и др. газов), механическая травма (шок), нарушение проходимости верхних дыхательных путей (аспирация рвотными массами и др.) или комбинация этих факторов.

«Золотым стандартом» для выполнения этих задач является метод интубации трахеи. Однако отечественные и зарубежные ларингоскопы не выпускаются во взрывобезопасном исполнении и запрещены для применения во взрывоопасных подземных выработках шахт, где концентрация метана превышает предельно допустимую. Проведение интубации трахеи «вслепую» весьма проблематично и доступно только опытному специалисту. Оптимальным инструментом, обеспечивающим проходимость дыхательных путей и профилактики аспирационного синдрома при оказании реанимационной помощи в подземных выработках, является пищеводно-трахеальная комбинированная трубка COMBITUBE (KENDALL).

Методика применения пищеводно-трахеальной комбинированной трубки (ПТКТ) технически довольно проста и при определенных навыках доступна средним медицинским работником ВГСЧ. Запрокинув голову пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии или клинической смерти, назад, ПТКТ вводят в рот и продвигают вперед, пока передние зубы не

окажутся между двух черных меток, нанесенных по окружности трубки. Дистальная манжета раздувается в пищеводе с помощью малого шприца через белый контрольный баллон, тем самым предупреждая аспирацию желудочного содержимого. Проксимальная манжета раздувается в области глотки с помощью большого шприца через голубой контрольный баллон, тем самым препятствуя утечке дыхательного объема через рот и нос в процессе ИВЛ, что очень важно для аппаратов «Горноспасатель-10» и «Горноспасатель-11», работающих по давлению. Оба контрольных баллона снабжены клапанами, препятствующими утечке воздуха из раздутых манжет.

После раздувания манжет необходимо удостовериться в месторасположении ПТКТ. Вероятность попадания в пищевод очень высока и подтверждается экскурсией и аускультацией при вентиляции легких через «голубой» канал. В редких случаях возможно трахеальное расположение ПТКТ, не требующей реинтубации. В этом случае ИВЛ необходимо проводить через «прозрачный» канал, сдув проксимальную манжету в области глотки, чтобы иметь возможность провести желудочный зонд.

Представляется целесообразным оснащение бригад скорой медицинской помощи пищеводно-трахеальной комбинированной трубкой для проведения ИВЛ при чрезвычайных ситуациях, когда возможно наличие большого числа пострадавших, которым в кратчайшие сроки требуется проводить реанимационные мероприятия.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ВАРИАНТА ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Б.А.Гулевский, В.П.Кузьмин, Н.А.Качалов, В.В.Хлебников

Самарский государственный медицинский университет, Городская станция скорой медицинской помощи, Самара, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Проведен сравнительный анализ течения абдоминального варианта инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от сроков госпитализации.

Основную группу составили 46 больных с абдоминальным ИМ. Диагноз уточняли на догоспитальном этапе с применением портативного ультразвукового сканера «Dyxax 18 TM». Контрольную группу составили 50 больных с абдоминальным вариантом ИМ, которым на догоспитальном этапе не проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ).

Диагноз ИМ определяли по критериям ВОЗ, доступным на догоспитальном этапе, на основании клинической картины заболевания и типичных изменений ЭКГ.

При анализе клинических проявлений у больных с ИМ контрольной группы было выявлено, что боли в животе чаще носили опоясывающий, приступообразный характер с тошнотой, рвотой

и метеоризмом. У части больных жалобы ограничивались болями в правом подреберье, в эпигастриальной области, холодным липким потом и выраженной общей слабостью.

Результаты исследования показали, что развитие таких осложнений, как пароксизмальная мерцательная аритмия, отек легких, кардиогенный шок, атриовентрикулярная блокада III степени, в значительной степени связаны с поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, несвоевременной диагностикой ИМ врачами первого контакта, а значит и с несвоевременными госпитализацией и началом лечения.

Своевременная диагностика абдоминальной формы ИМ с применением ультразвуковых методов исследования на догоспитальном этапе улучшает результаты лечения, снижает летальность и частоту возникновения тяжелых осложнений.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

М.М.Зиганшин, Ф.Д.Тимербулатов

Городская станция скорой медицинской помощи, Уфа, Башкортостан

© М.М.Зиганшин, Ф.Д.Тимербулатов, 2004 г.

Весь спектр оказываемой населению медицинской помощи можно условно разделить на плановую и экстренную.

Для организации оказания плановой медицинской помощи необходимо обеспечить преемственность амбулаторно-поликлинического и стационарного звена, а для организации оказания экстренной медицинской помощи необходимо обеспечить преемственность трех звеньев системы здравоохранения, включающих в себя амбулаторно-поликлинические учреждения, станцию скорой медицинской помощи и стационары. Это взаимодействие достигается с помощью применения нормативно-правовых актов, системы управления, научно-методического сопровождения, подготовки кадров, единства технологических стандартов. С организационной точки зрения это позволяет характеризовать скорую медицинскую помощь как многообразную, сложную и единую систему.

Стратегия развития службы скорой медицинской помощи в РФ постоянно менялась и меняется до сих пор, что, на наш взгляд, является существенным тормозом ее совершенствования. Начиная с 60-х годов прошлого столетия, трижды менялась концепция оказания экстренной медицинской помощи: попытки выделить неотложную помощь из структуры скорой медицинской помощи сменялись объединением этих служб.

На сегодня Программой государственных гарантий для службы скорой медицинской помощи установлен только один финансово-экономический показатель — нормативное количество вызовов на 1000 населения в год, которое составляет 318.

Однако количество фактически выполняемых вызовов на 1000 населения в год в различных городах и районах страны сильно различается и зависит от обращаемости в службу скорой медицинской помощи по неотложным показани-

им. Поэтому пока не будет решен вопрос о том, кто должен выполнять вызовы по неотложным показаниям, этот показатель нельзя брать за основу при планировании финансирования станций скорой медицинской помощи.

До конца 90-х годов прошлого столетия служба скорой медицинской помощи развивалась по пути постоянной специализации выездных бригад. В 1999 г. Приказом МЗ РФ № 100 в структуру станций СМП были введены фельдшерские бригады. Этот приказ отчасти оказался своевременным, так как на многих станциях начался отток врачебных кадров. Если для службы скорой медицинской помощи на селе эта проблема не актуальна (здесь, как известно, существование фельдшерских бригад вполне оправдано), то для городских станций СМП этот совсем не так однозначно. До настоящего времени среди специалистов нет единой точки зрения, что рациональнее: иметь формально более дорогую высокоспециализированную врачебную или формально более дешевую фельдшерскую службу СМП. В итоге относительно более дешевые фельдшерские бригады СМП могут оказаться для бюджета дороже.

С этой дилеммой перекликается еще один вопрос, который требует единого понимания организаторов здравоохранения всех уровней. Это вопрос тактики и объема медицинской помощи, оказываемой бригадами СМП на догоспиталь-

ном этапе. Сложившаяся в 70–80-е годы система организации скорой медицинской помощи населению, ориентированная на оказание пациентам максимального объема помощи на догоспитальном этапе, не обеспечила необходимой эффективности и оказалась высокочрезмерной. Вот почему основной задачей службы на современном этапе становится оказание больным и пострадавшим экстренной медицинской помощи, направленной только на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и быстрой госпитализации в стационар для дальнейшего оказания квалифицированной и специализированной помощи.

В условиях сельского здравоохранения вышеперечисленные проблемы должны рассматриваться несколько иначе, так как особенности работы отделений СМП в сельской местности напрямую связаны с состоянием в конкретном районе транспортного сообщения, дорог, связи, укомплектованностью кадрами и т. д. При планировании развития СМП на селе следует учитывать и продолжающееся сокращение участков больниц и существенное увеличение численности населения в сельских районах в летний период времени.

На наш взгляд, Программой государственных гарантий должны быть предусмотрены дифференцированные нормативы выполнения вызовов для станций скорой медицинской помощи в городах и в сельской местности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Ю.Р.Маликов, А.М.Хаджибаев

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Республика Узбекистан*

© Ю.Р.Маликов, А.М.Хаджибаев, 2004 г.

Несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств, число больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями из года в год увеличивается и составляет в настоящее время 27–160 на 100 000 взрослого населения в год.

Актуальность проблемы выбора тактики хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии определяется, в первую очередь, высоким уровнем послеоперационной летальности, достигающей 4,5–20%.

Проанализированы результаты лечения в отделении экстренной хирургии РНЦЭМП 546 больных в возрасте от 12 до 87 лет (средний возраст 43,4 года).

Источником кровотечения в 436 (79,8%) случаях была дуоденальная язва, а в 110 (20,2%) случаях — желудочная язва. Из них

30,4% больных поступили в клинику в течение 12 часов от начала кровотечения, 36,1% пациентов — в течение 12–24 часов, 20,6% больных — в течение 24–48 часов, 12,9% больных — через 48 часов.

Состояние больных по степени кровопотери на момент поступления оценивалось согласно классификации А.И.Горбашко. У 51,8% больных степень кровопотери оценена как легкая, у 29,2% — как средняя и у 19,0% больных — как тяжелая. Интенсивность кровотечения оценивалась по классификации J.A.Forrest (1987).

Всем больным проводились клинические, лабораторные и эндоскопические исследования. Использовали разработанные нами клинико-диагностические стандарты для данной категории больных, которые включали в себя мо-

иторинг (6–12 ч) состояния госпитализированных больных с учетом клинической симптоматики заболевания, данных лабораторных методов исследования и гастрофиброскопии. Это позволяло оценить состояние пациентов на данный период времени, предполагать возникновение рецидива кровотечения и своевременно его диагностировать.

Консервативная медикаментозная терапия проведена 311 (57,0%) больным. У 108 (19,8%) пациентов проводились эндоскопические методы гемостаза.

Различные оперативные вмешательства выполнены 127 (23,3%) больным. Резекционные методы выполнены у 113 (89,0%) пациентов, органосохраняющие операции — у 7 (5,5%) пациентов и паллиативные операции — у 7 (5,5%)

больных. Послеоперационная летальность отмечена в 8 (6,3%) случаях.

Результаты исследования показали, что для оптимизации хирургической тактики при лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями необходимо использовать возможности эндоскопической техники. Активно-индивидуализированная хирургическая тактика, учитывающая эндоскопические критерии и использующая эндоскопические методы гемостаза (диатермокоагуляция, обкалывание язвы), при лечении больных с язвенными кровотечениями вполне оправдана. При соответствующей предоперационной подготовке и индивидуализированном подходе применение резекционных методов лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями дает хорошие результаты.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМОЙ

Башкирский государственный медицинский университет, Городская станция скорой медицинской помощи, Уфа, Башкортостан

В.В.Никитин, Ф.Д.Тимербулатов

© В.В.Никитин, Ф.Д.Тимербулатов, 2004 г.

Оказание травматологической помощи при лечении больных с политравмой до настоящего времени остается актуальной проблемой.

В общей структуре пациентов с травмами пострадавшие с множественными и сочетанными повреждениями составляют 60,4%. Исходы лечения множественных и сочетанных повреждений, к сожалению, малоутешительны. Хорошие исходы наблюдаются менее чем в 50%, а неудовлетворительные и гнойные осложнения — в 25% случаев. По данным РосНИИТО (1999), диагностические, тактические и лечебные ошибки достигают 42,4% случаев. Из тактических и технических ошибок при оперативном лечении следует отметить, что в 47,8% случаев не были произведены показанные оперативные вмешательства, в том числе при сопутствующих повреждениях черепа, грудной и брюшной полостей.

По нашим данным, больные с политравмой составляют свыше 60% всех пострадавших, поступивших в приемный покой.

Учитывая сложность диагностики и лечения политравмы, для лучшего понимания патогенеза и определения оптимальной тактики лечения ряд авторов разделяют весь лечебно-диагностический процесс на звенья, или фазы.

С нашей точки зрения при организации первой помощи при травмах необходимо исходить из следующих основных положений:

1. Каждое повреждение при несчастных случаях возникает, как правило, внезапно и неожиданно.

Поэтому все организации и лица, на которых возлагается оказание медицинской помощи, должны находиться в постоянной готовности.

2. Первая помощь при травмах должна оказываться быстро и в самом срочном порядке, поэтому ее необходимо максимально приблизить к пострадавшим, а время от момента травмы до оказания первой помощи сократить до минимума.

3. После оказания первой помощи особое значение приобретает быстрое направление пострадавшего в соответствующее лечебное учреждение (амбулаторию, поликлинику, больницу) и правильная транспортировка пострадавших.

4. Население того или иного района должно быть хорошо информировано о том, куда, когда и в каких случаях надлежит обращаться за медицинской помощью вообще и при травмах в частности.

При поступлении такого пострадавшего в стационар у дежурной бригады должен быть выработан четкий алгоритм действий.

При определении тактики большое значение имеет правильная оценка тяжести состояния пострадавшего. Мы используем балльную систему оценок по методике Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе, которую несколько дополнили.

В настоящее время мы переходим на систему компьютерного анализа состояния пострадавшего по системе АРАСНЕ-3. При этом особое вни-

манье уделяется оказанию полноценной помощи в первые часы поступления пострадавшего.

Среди многочисленных методов стабилизации костных отломков у пострадавших в нашей практике широко используется стержневой остеосинтез, в том числе и аппаратами, разработанными в нашей клинике. Особое внимание уделяется переломам таза и бедер, как наиболее шокогенным. Остеосинтез таза, бедер осуществляется без перекладывания больного с кровати через точечные проколы кожи. На первом этапе остеосинтеза носит редуцированный (обычно по 2 стержня на сегмент) характер. Использование этой тактики в 39

случаях сопровождалось хорошим клиническим эффектом: состояние больных улучшалось, обеспечивались условия для ухода, а также для других хирургических манипуляций и операций.

Новым в вопросах хирургической тактики следует считать двухэтапный принцип оказания хирургической помощи и первичной хирургической обработки открытых повреждений.

Достаточная квалификация врачей дежурной хирургической бригады, обеспечение условий для функциональных и лабораторных исследований способствуют максимальному снижению операционного риска.

РАСШИРЕННОЕ ЖИЗНЕПОДДЕРЖАНИЕ В ПРАКТИКЕ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НОРМАТИВНАЯ БАЗА, ОБУЧЕНИЕ И ОСНАЩЕНИЕ

В.Л.Радужкевич, С.А.Рожков, А.А.Чурсин, Е.И.Коротеева

Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

В условиях возрастающего количества террористических актов, природных и техногенных катастроф, ДТП, увеличения количества неотложных состояний и внезапных смертей от сердечно-сосудистых и других заболеваний все большее значение приобретает умение поддерживать жизненные функции организма в первые минуты после трагедии. В России существует настоятельная необходимость подготовки персонала бригад скорой медицинской помощи к проведению расширенного жизнеподдержания, включающего в себя сердечно-легочную реанимацию (СЛР).

В основе обучения программе расширенного жизнеподдержания должно лежать понимание того, что медицинская помощь должна быть прежде всего направлена на предотвращение развития терминального состояния, и только при его возникновении — на СЛР.

В свете этого необходимо:

— обозначить набор клинических ситуаций, угрожающих жизни (по нашему мнению, все многообразие неотложных состояний можно свести к 9 клиническим ситуациям);

— для каждой клинической ситуации создать алгоритм по смягчению или предотвращению терминальных состояний;

— при возникновении терминальных состояний — проведение СЛР.

Эффективность практического использования расширенного жизнеподдержания на территории РФ может быть достигнута при выполнении нескольких условий:

1. Разработка федеральной нормативной базы, которая определит необходимость (обяза-

тельность) применения алгоритмов жизнеподдержания усилиями фельдшеров и врачей скорой медицинской помощи.

2. Разработка и утверждение общероссийских программ жизнеподдержания.

3. Совершенствование сети обучающих структур для фельдшеров и врачей скорой медицинской помощи.

4. Решение проблемы материального сопровождения выполняемых алгоритмов и программ жизнеподдержания (наборы средств и устройств).

На кафедре скорой и неотложной медицинской помощи ФПК и ППС Воронежской медицинской академии им.Н.Н. Бурденко проходят обучение врачи скорой медицинской помощи и других нереанимационных профессий по курсу «Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний», в рамках которого применяется пятидневная программа обучения расширенному жизнеподдержанию, аналогичная ALS Европейского совета по реанимации. К настоящему времени по данной программе обучены 1047 врачей.

Базовое тестирование показало, что только 10% врачей скорой медицинской помощи владеют техникой сердечно-легочной реанимации. После курса обучения, в котором используются современные компьютеризированные манекены-тренажеры, интеллектуальные модели, ситуационные задачи в режиме реального времени, результаты существенно изменились. Доля врачей, овладевших навыками расширенного жизнеподдержания и сердечно-легочной реанимации, приблизилась к 100%.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В.Б.Салеев

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

© В.Б.Салеев, 2004 г.

В течение последних десятилетий в составе населения Российской Федерации, как и во всем мире, происходит увеличение числа людей пожилого и старческого возраста. Пятую часть всего населения страны (около 30 млн чел.) составляют люди пенсионного возраста, из них около 11% (3,2 млн) — люди старше 80 лет. Потребность в получении квалифицированной медицинской помощи у пациентов «третьего возраста» в 3–6 раз выше, чем у людей трудоспособного возраста, и не удовлетворяется в полной мере.

На протяжении более двух десятилетий в Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн, основным контингентом которого являются пациенты пожилого возраста, складывались традиции профессиональной подготовки среднего медицинского персонала по оказанию медицинской помощи данной возрастной категории пациентов.

Опыт работы с указанным контингентом больных показывает, что при вызове к пациенту пожилого возраста фельдшерам необходимо представлять степень выраженности возрастных физиологических и морфологических изменений, чтобы прогнозировать возможные негативные последствия лечебных воздействий. Важно учитывать и психологические проблемы таких пациентов (драму неостребованности, собственной беспомощности, кризис оценки пройденного жизненного пути, смирения, осознания собственных ошибок, страх приближающейся смерти и др.).

При оказании неотложной медицинской помощи среднему медицинскому персоналу невольно приходится сталкиваться с рядом психологических проблем, которые условно можно поделить

на зависящие от профессиональной подготовки медицинского персонала и не зависящие от нее.

К психологическим проблемам, не зависящим от профессиональной подготовки медицинского персонала, относятся:

— проблема самооценки собственного здоровья пациентом и своевременности его обращения за медицинской помощью;

— проблема оказания самопомощи и проведения адекватных профилактических мероприятий;

— нарушение когнитивных и амнестических функций, влияющее на разъяснение жалоб и оценку собственного состояния, а также на своевременность прибытия медицинских работников из-за ошибок в произнесении адреса проживания.

К психологическим проблемам, зависящим от профессиональной подготовки медицинского персонала, относятся:

— неспособность медицинских работников преодолеть возможные психологические барьеры;

— неспособность медицинских работников к активному взаимодействию с пациентом пожилого возраста;

— необходимость учитывать, что госпитализация является тяжелым стрессорным воздействием для большинства пациентов пожилого возраста, поскольку предполагает отрыв от привычной домашней обстановки, нарушение сложившихся стереотипов, ограничение свободы и существование в условиях «медицинского общежития».

Очевидно, что каждый вызов к пациенту пожилого возраста является сложным испытанием профессиональных и нравственных качества среднего медицинского работника.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И КОММУНИКАТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Б.Салеев, А.Л.Азиз, О.Б.Чемоданова

*Республиканская больница ветеранов войн, Йошкар-Ола,**Марийский филиал Московского открытого социального университета, Республика Марий Эл*

© Коллектив авторов, 2004 г.

Проведен сравнительный анализ психологического состояния медицинского персонала вы-

ездных бригад с выявлением уровня тревожности, профессионального стресса, эмоциональной

отзывчивости и коммуникативных способностей.

В качестве материала для проведения настоящего исследования были использованы данные анкетирования врачей и фельдшеров выездных бригад Йошкар-Олинской городской станции скорой медицинской помощи. Кроме того, в исследовании приняли участие врачи отделения скорой медицинской помощи Республиканской больницы ветеранов войны, имеющие опыт и подготовку по неотложной гериатрии. Опрос проводился анонимно с использованием специально разработанных тестов. Ответы на анкеты оценивали в баллах.

Исследовали тревожность, эмоциональную отзывчивость, коммуникативные и организаторские способности, выраженность профессионального стресса у фельдшеров фельдшерских выездных и врачебных выездных бригад, врачей линейных и специализированных бригад.

Данные, полученные в ходе настоящего исследования, позволили выявить особенности психологического состояния медицинского персонала скорой медицинской помощи.

Установлены как общие особенности, так и различия в психологическом статусе медицинского персонала в зависимости от типа и состава бригад.

У фельдшеров фельдшерских выездных бригад выявлены более высокий уровень тревожности и более низкий уровень эмоциональной отзывчивости, чем у фельдшеров, работающих в составе врачебных бригад.

У фельдшеров, работающих в составе врачебных бригад, меньше выражен уровень профессионального стресса, чем у фельдшеров фельдшерских выездных бригад.

У большинства врачей специализированных бригад скорой медицинской помощи и гериатрических бригад отмечен средний уровень эмоциональной отзывчивости.

У большинства врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи выявлен низкий или ниже среднего уровень коммуникативных способностей.

Проведенное исследование показало, что сотрудники службы скорой медицинской помощи и, особенно, фельдшеры линейных бригад нуждаются в специальной психологической подготовке.

Существующий в настоящее время у организаторов здравоохранения курс на «фельдшеризацию» службы скорой медицинской помощи требует совершенствования программ профессиональной психологической подготовки медицинского персонала.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (по материалам Новгородской городской станции скорой медицинской помощи)

Г.А.Солнцева

Городская станция скорой медицинской помощи, Великий Новгород, Россия

© Г.А.Солнцева, 2004 г.

По данным Новгородской городской станции скорой медицинской помощи, за последние 5 лет на 20% увеличилось количество обращений по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Особенно большое значение имеет адекватное оказание скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС), так как это состояние представляет непосредственную угрозу для жизни.

Для улучшения результатов оказания медицинской помощи больным с ОКС с 1997 г. на станции используются стандарты неотложной кардиологической помощи, а впоследствии — «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации, разработанные в СПбМАПО, и рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома Всероссийского научного общества кардиологов (2001).

У пациентов с ОКС на Новгородской городской станции скорой медицинской помощи широко используют антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту), нитропрепараты (изомак, нитроглицерин), блокаторы β -адренорецепторов (анаприлин 20–40 мг сублингвально).

Для купирования болевого синдрома обычно проводится нейролептанальгезия либо дробное внутривенное введение морфина (особенно при начинающейся сердечной астме), реже назначаются ненаркотические анальгетики (анальгин, трамал).

При ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ широко назначаются нефракционированный или низкомолекулярный гепарин, а при подъеме сегмента ST проводится тромболитическая терапия. У 70% пациентов тромболитическая терапия была проведена в первые 3 часа от начала заболевания.

Оксигенотерапию получают около 80% больных с ОКС.

Мероприятия по профилактике развития фибрилляции желудочков у больных с ОКС проводятся дифференцировано, в большинстве случаев для этого используется назначение блокаторов β -адренорецепторов (анаприлин 20–40 мг сублингвально). Пациентам с желудочковой экстрасистолией высоких градаций или желудочковой тахикардией вводится лидокаин в дозе 80–120 мг внутривенно и 300–400 мг внутримышечно.

При веретенообразной, двунаправленной желудочковой тахикардии внутривенно вводится 8,0–10,0 мл 25% раствора магния сульфата.

При том, что удается госпитализировать почти 100% пациентов с ОКС, части из них отказывают в госпитализации, что приводит к повторным обращениям на станцию скорой медицинской помощи, а иногда и к смерти этих больных.

При развитии тяжелых осложнений ОКС (отека легких, кардиогенного шока, тяжелых нарушений сердечного ритма или проводимости) в помощь врачам линейных бригад направляется специализированная бригада.

Наш опыт оказания скорой медицинской помощи больным с ОКС свидетельствует о том, что всем пациентам с жалобами на боли в груди следует проводить ЭКГ-исследование.

Врачам приемных отделений стационаров следует более ответственно относиться к госпитализации пациентов с ОКС.

Важнейшим условием улучшения результатов оказания скорой медицинской помощи больным с ОКС бесспорно является применение в повседневной практике современных рекомендаций.

АНАЛИЗ МНЕНИЙ ВЫЕЗДНОГО ПЕРСОНАЛА ПО ПРОБЛЕМАМ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.В.Сухин, А.А.Бойков

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

© В.В.Сухин, А.А.Бойков, 2004 г.

Проведен анализ мнений медицинского персонала Городской станции скорой медицинской помощи (СМП) о проблемах и перспективе развития службы.

Врачам и фельдшерам линейных бригад скорой помощи было предложено ответить на вопросы специально разработанной анкеты. В анкетировании приняли участие 33% врачей и фельдшеров скорой помощи. Всего было заполнено 559 анкет, из них 36% врачами, 64% — фельдшерами линейных бригад.

Возраст опрошенных варьировался от 19 до 68 лет и в среднем составил 36,8 года.

Среди респондентов 42% составили мужчины и 58% — женщины.

Средний стаж работы для врачей составил 14,3 года, для фельдшеров — 13,6 года.

Анализ анкетирования показал, что 40% респондентов оценили существующую нагрузку на бригаду как высокую. В среднем суточная нагрузка, по мнению респондентов, должна составлять около 8 вызовов.

Более половины опрошенных (65,2%) считают, что техническая обеспеченность бригад находится на среднем уровне. Почти каждый третий (29,2%) полагает, что техническая оснащенность бригад низка.

81,0% опрошенных считают, что обеспечение медикаментами находится на среднем, 13,2% — на низком уровне.

12,9% опрошенных ответили, что всегда оказывают медицинскую помощь по соответствующим

стандартам, 63,7% — что им часто удается оказывать помощь в соответствии со стандартами.

91,6% всех опрошенных считают, что часть вызовов, выполняемых врачебными бригадами, может быть выполнена силами фельдшерских бригад.

Оценивая по 5-балльной шкале качество оказания первой медицинской помощи пострадавшим сотрудниками милиции и ГИБДД, респонденты в 40,6% случаев поставили 0 баллов, а в 38,9% случаев — 1 балл. Оценка качества первой медицинской помощи, оказываемой водителями автотранспортных средств, была несколько выше: 26,6% респондентов поставили 0 баллов, 42,4% — 1 балл, 20,0% — 2 балла. Наконец, качество оказания первой медицинской помощи населением 15,7% анкетированных оценили в 0 баллов, 46,5% респондентов — в 1 балл, 28,9% — в 2 балла.

Респондентам было предложено оценить по 5-балльной шкале оперативность и согласованность работы приемных отделений стационаров при доставке в них пациентов бригадами скорой медицинской помощи. 1 балл поставили 1,3% ответивших на этот вопрос, 2 балла — 60,2% респондентов, 3 балла — 35,8% опрошенных, и лишь 2,7% поставили 4 балла. Следует отметить, что 5 баллов не поставил никто из ответивших на этот вопрос.

Основными причинами безрезультатных вызовов, по мнению опрошенных, были недостаточная культура населения, доступность службы

скорой медицинской помощи, безотказность в приеме вызовов, недостатки в работе диспетчерской службы, пробки на дорогах, затрудняющие своевременное прибытие бригады СМП, непрофильные вызовы бригад к лицам, находящимся в алкогольном опьянении.

Для снижения количества безрезультатных и необоснованных вызовов респондентами предлагаются улучшение организации приема вызовов, необходимость более полного сбора информации о пациенте, совершенствование алгоритма вопросов, задаваемых диспетчером, обновление версии программного обеспечения диспетчерской службы. Также респонденты предлагают проводить работу по повышению квалификации диспетчеров, проведению обучения, регулярных стажировок на линейных подстанциях в качестве членов выездных бригад, прием на должность диспетчера только фельдшеров, имеющих стаж работы в составе линейной бригады не менее 5–6 лет. С этой же целью респонденты считают целесообразным разрешить оказание диспетчерами консультативной помощи.

Среди основных проблем совершенствования организации скорой медицинской помощи населению Санкт-Петербурга врачи и фельдшеры указали на низкую оплату труда, неэффективность юридической защиты медицинских

работников, недостаточную координацию работы станции скорой помощи и приемных отделений стационаров, недостаточное разграничение функций скорой и неотложной помощи.

В целом ответы респондентов указывают на их высокую заинтересованность в повышении престижности службы скорой медицинской помощи и оперативного решения существующих проблем.

Учитывая мнение персонала линейных бригад о том, что до 50% вызовов, выполняемых врачебными бригадами, могут быть выполнены фельдшерскими бригадами, возможно, актуальным является пересмотр поводов к вызову и соотношения количества линейных фельдшерских и линейных врачебных бригад.

В связи с крайне низкой оценкой знаний и навыков оказания первой медицинской помощи и взаимопомощи населением, водителями автотранспортных средств и сотрудниками милиции необходимы разработки и внедрение для них соответствующих обучающих программ.

В некоторых ответах респондентов прослеживается недостаточная информированность выездного персонала по вопросам организации работы службы, что свидетельствует о необходимости проведения соответствующей работы руководством станции скорой медицинской помощи.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ В 2002–2004 гг.»

Л.И.Тараканова, М.С.Исакова

Петрозаводский государственный университет, Министерство здравоохранения Республики Карелия, Россия

© Л.И.Тараканова, М.С.Исакова, 2004 г.

Для улучшения качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, снижения смертности и инвалидизации населения в Республике Карелия в 2001 г. была разработана целевая программа «Развитие скорой медицинской помощи населению Республики Карелия на 2002–2004 годы». Причины, побудившие начать разработку данной программы, следующие:

1. Сложная медико-демографическая ситуация в республике, высокий уровень смертности населения, 30% которой приходится на людей трудоспособного возраста. Основными причинами смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы (56%), несчастные случаи, отравления и травмы (17,8%).

2. Высокий уровень обращаемости населения республики за скорой медицинской помощью — 436,2 на 1000 населения в год.

3. Ухудшение материально-технической базы: износ санитарного транспорта и средств связи, выход из строя медицинского оборудования и оснащения.

4. Недостаточное взаимодействие в работе с поликлиниками и больницей скорой медицинской помощи.

5. Усложнение условий работы персонала СМП в связи с обострением социальных проблем и вместе с тем низкий уровень заработной платы.

Итоги реализации мероприятий программы за 2002–2003 годы

Организационно-методические мероприятия

В мае 2002 г. создан Координационный Совет по экстренной медицинской помощи. В 13 районах республики разработаны муниципальные целевые программы.

В 2003 г. для целевого программного планирования создана дирекция программы. В рамках программы разработаны алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи для фельдшеров применительно к местным условиям. Алгоритмы внедрены в районы 11.12.2002 г. Проводится мониторинг качества оказания медицинской помощи.

Подготовка медицинских кадров

Отделение СМП города и медицинский колледж являются практическими базами подготовки фельдшеров. В 2002 г. прошел усовершенствование 71 фельдшер, в 2003 г.— 30 фельдшеров. Проведено 3 республиканских семинара для фельдшеров по актуальным вопросам скорой и неотложной медицинской помощи.

В поликлиниках № 1 и № 2 проведены занятия на темы «Неотложные состояния у детей», «Реанимационные мероприятия», «Нарушения ритма сердца». Организовано 5 круглых столов по вопросам преемственности в работе поликлиник г. Петрозаводска и станции скорой медицинской помощи, по вопросам качества оказания неотложной медицинской помощи.

Во всероссийских научно-практических конференциях, посвященных вопросам организации службы скорой медицинской помощи, проводимых в Санкт-Петербурге в июне 2002 и 2003 гг., принимали участие врачи из республики. Врачи Петрозаводска и Республики Карелия участвовали в республиканском семинаре «Актуальные проблемы медицины критических состояний» в октябре 2002 г. В декабре 2003 г. проведена научно-практическая конференция по вопросам совершенствования службы скорой помощи.

Улучшение материально-технической базы учреждений скорой медицинской помощи республики

В рамках программы в 2002 г. Министерством здравоохранения для лечебно-профилактических учреждений Республики Карелия приобретены 17 санитарных машин, из них 1 реанимобиль (всего в районах заменены 52 единицы санитарного транспорта).

В 2003 г. заключен государственный контракт на 28 единиц санитарного транспорта, в рамках которого начата его поставка в лечебно-профилактические учреждения. За счет спонсорской помощи в больницу скорой медицинской помощи поставлены 2 машины скорой помощи «Соболь» и «ГАЗ», операционный стол для экстренных операций.

За счет средств муниципальных бюджетов для отделений скорой помощи лечебно-профилактических учреждений республики приобретены 5 радиостанций, 2 дефибриллятора, 4 мешка АМБУ, укладки врачей скорой помощи, медицинский инвентарь и лечебно-диагностическое оборудование, спецодежда для сотрудников и водителей. В отделениях скорой помощи Медвежье-

горской, Кондопожской и Суоярвской центральных районных больниц проведен косметический ремонт.

Обеспечение отделений скорой помощи лекарственными препаратами и наделями медицинского назначения проводится в соответствии с республиканским формуляром.

Мероприятия по улучшению качества оказания экстренной медицинской помощи

В диспетчерской отделения СМП Петрозаводска установлена система определения и архивации телефонных разговоров.

Разрабатываются паспорта службы отделений скорой помощи республики, в которые включены критерии качества оказания экстренной медицинской помощи.

Проводится мониторинг качества оказания помощи с анализом и разбором диагностических и лечебных дефектов.

Проведены совещания с поликлиническими учреждениями по вопросам преемственности в оказании экстренной медицинской помощи.

Осуществлены выезды в районы специалистов, которые проанализировали деятельность 5 отделений СМП.

Работа с населением

Разработаны памятки для населения о правилах вызова скорой помощи.

Проведены передачи по радио и телевидению в Петрозаводске и 11 районах республики по оказанию первой медицинской помощи.

В местной печати опубликованы 6 статей о правилах вызова скорой помощи и оказании само- и взаимопомощи.

Проведены занятия с работниками Беломорско-Онежского пароходства и ОАО «Электро-связь», а также в школах, ГИБДД, РОВД, лес-промхозах и промышленных предприятиях в районах республики по оказанию первой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях.

Таким образом, после начала реализации программы улучшилось положение с материально-технической базой, была проведена замена санитарных автомобилей, началось оснащение бригад новой лечебно-диагностической аппаратурой, повысилась информированность населения о правилах вызова СМП и оказании первой медицинской помощи, что привело к уменьшению обращаемости населения за СМП.

Были проведены совещания с поликлинической службой по вопросам взаимодействия в работе и качеству оказания неотложной медицинской помощи. Организована учеба персонала службы скорой помощи.

Основные положения программы ежеквартально уточняются и контролируются. Выполнение программы продолжается в текущем году.

В Администрацию Правительства Республики Карелия ежеквартально представляется отчет о ходе выполнения программы.

Несомненно, что введением данной программы невозможно быстро решить все проблемы та-

кой сложной службы, но постепенная реализация комплекса мероприятий и всестороннее внимание к нуждам скорой помощи позволят ей занять достойное положение в отечественном здравоохранении.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИФУМАРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ МАССИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ «РИСКА ОПЕРАЦИИ»

В.Ю.Тяичурин, В.Г.Вербидский, В.Н.Ланшин, М.Г.Зайцев, И.В.Страхов, А.Ф.Котлярский

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе,
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербурга, Россия*

© Коллектив авторов, 2004 г.

Число больных с язвенными кровотечениями, сопровождающимися тяжелой степенью кровопотери, за последние годы существенно возросло. Язвенные гастроудоденальные кровотечения (ЯГДК) составляют более половины от всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что определяет необходимость не только совершенствования вопросов диагностики и хирургической тактики лечения ЯГДК, но и поиска возможностей коррекции постгеморрагических нарушений функций жизненно важных органов и систем.

Под наблюдением находились 30 больных в возрасте от 19 до 63 лет. У 23 больных имело место кровотечение тяжелой степени из язвы желудка, а у 8 пациентов — из язвы двенадцатиперстной кишки.

В основную группу вошли 15 больных (тяжесть состояния по шкале SAPS $9,1 \pm 5,6$ балла), которые, кроме базисной терапии, получали полиоксифумарин (ПОФ), начиная с первых часов после поступления в отделение хирургической реанимации. Препарат вводили внутривенно в суточной дозе 7–15 мл/кг. Скорость инфузии определялась тяжестью кровопотери и степенью гемодинамических нарушений и составляла от 5 мл/мин до струйного введения препарата. Дозы и скорость введения ПОФ уточнялись в соответствии с показателями гемодинамики, степенью эндогенной интоксикации и с учетом эндоскопических признаков устойчивости гемостаза.

Контрольную группу составили 15 больных (тяжесть состояния по шкале SAPS $9,5 \pm 5,4$ балла), получавших «стандартное» базисное лечение, включающее в себя переливание кристаллоидных растворов, свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

В обеих группах больные, которые лечились консервативно или были оперированы в отсроченном порядке, получали антисекреторные препараты: квамател по 20 мг 3 раза в сутки или лосек по 40 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно.

Эффективность лечебных мероприятий в контрольной и основной группах оценивали по клиническим признакам, общему состоянию больных, показателем системной гемодинамики, биохимического, газового и кислотно-основного состава крови до, во время и через 1, 12 и 24 ч. после лечения. У всех больных степень эндогенной интоксикации изучали по уровню содержания молекул средней массы в плазме крови и эритроцитах.

Для окончательного определения тактики лечения больных с ЯГДК проводили клинико-лабораторное обследование в динамике и контрольную фиброгастроудоденоскопию.

Как показал проведенный нами анализ, неблагоприятные исходы консервативного (15,9% случаев) и оперативного (16,3% случаев) лечения массивных ЯГДК определялись не столько ошибками хирургической тактики, сколько нарушениями функций жизненно важных органов, вызванными тяжелой постгеморрагической анемией и гипоксией. Постгеморрагическая анемия и сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелой кровопотери была причиной смерти в 60% случаев. Эти же нарушения развивались у части больных «группы соматического риска» при меньшем объеме кровопотери (до 30% ОЦК), являясь основной причиной смерти при ЯГДК средней степени тяжести. Существенное значение имеет и тот факт, что 40% больных с ЯГДК тяжелой степени поступили в клинику с длительно (более суток) некомпенсированной гиповолемией, вызывающей опасные для жизни нарушения гомеостаза.

Стабилизация показателей системной гемодинамики наблюдалась на 20 минут раньше в случаях использования ПОФ, чем у больных в контрольной группе.

Показатели ударного объема сердца (УО) и минутного объема кровообращения (МОК) у больных, получавших ПОФ, имели более выраженную тенденцию к повышению, чем у боль-

ных контрольной группы. Так, через час после переливания полиоксифумарина УО и МОК увеличились соответственно с $40 \pm 3,6$ до $54 \pm 2,0$ мл и с $4,6 \pm 0,7$ до $5,0 \pm 0,4$ л/мин. Благоприятное действие ПОФ на УО и МОК мы связываем не только с увеличением ОЦК, но и с положительным влиянием препарата как антигипоксанта на сократительную способность миокарда в условиях выраженной гипоксии, связанной с острой кровопотерей.

При переливании ПОФ сердечный индекс возрос с $2,97 \pm 0,8$ до $3,42 \pm 0,4$, в то время как в контрольной группе — с $2,34 \pm 0,6$ до $3,12 \pm 0,6$.

Кроме описанных эффектов, у больных, получавших ПОФ, и у пациентов контрольной группы отмечена тенденция к нормализации кислотно-основного состояния крови.

Содержание молекул средней массы в плазме крови и в эритроцитах у пациентов, которым

вводили ПОФ, было достоверно ниже, чем у больных, получавших базисную терапию.

Таким образом, полиоксифумарин является эффективным средством коррекции расстройств гемодинамики и кислородного режима организма у больных с тяжелыми гастродуоденальными кровотечениями, возникающими на фоне острой и хронической сопутствующей патологии. Препарат эффективен в разовой дозе 400–800 мл.

Повторные инфузии ПОФ в суточной дозе 400 мл целесообразны при сохраняющихся нарушениях гемодинамики и кислотно-основного состояния.

Можно предположить, что детоксикационный эффект ПОФ связан не только с восстановлением параметров системной гемодинамики, но и с увеличением почечного кровотока, а также с улучшением реологических свойств крови и микроциркуляции.

ПОДГОТОВКА РУКОВОДИТЕЛЕЙ ФЕЛЬДШЕРСКИХ ЛИНЕЙНЫХ (ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ) БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Б.Трифонов, В.Н.Артемов, М.П.Вережкина

Станция скорой медицинской помощи, Республиканский медицинский колледж МЗ РФ, Омск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Основными задачами скорой медицинской помощи (СМП) является оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на оказание и поддержание жизненно важных функций организма и скорейшую доставку их в стационар. Эта работа должна осуществляться в основном фельдшерскими бригадами.

Соответственно предъявляются более высокие требования к базовой подготовке фельдшеров по специальности «Лечебное дело».

В Омском медицинском колледже Министерства здравоохранения РФ в 2003/04 учебном году в соответствии с Государственным образовательным стандартом предусмотрена специализация «Фельдшер скорой и неотложной медицинской помощи», которая является частью подготовки по специальности и предполагает получение углубленных профессиональных знаний. Учебная программа рассчитана на 288 часов.

Разработана и рабочая программа, основанная на образовательном стандарте последипломной подготовки по специальности «Лечебное дело».

Учебный процесс ведется с учетом интеграции образовательного учреждения и практического здравоохранения.

Выпускники, пройдя специализацию, должны знать:

- принципы организации службы СМП;
- принципы организации первичной медико-санитарной помощи и роль службы СМП;
- роль СМП в оказании помощи населению при чрезвычайных ситуациях;
- диагностику терминальных состояний;
- содержание и последовательность реанимационных мероприятий;
- диагностику и лечение неотложных состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи;
- стандарты оказания скорой медицинской помощи.

Формирование руководителя фельдшерской линейной бригады (ФЛБ) происходит в процессе работы, по мере накопления самостоятельного опыта и овладения практическими навыками. Для ускорения этого процесса следует использовать метод ротации кадров.

Каждый будущий руководитель ФЛБ должен иметь опыт работы в различных специализированных бригадах (анестезиологической, кардиологической, неврологической и т. д.) под руководством опытного врача.

Закрепление полученных знаний и навыков осуществляется на ежегодных краткосрочных (30 часов) курсах подготовки руководителей ФЛБ, которые проводят ведущие специалисты станции СМП.

Такая система подготовки позволяет сформировать клиническое мышление, тактические и практические навыки и сократить период адап-

тации выпускников медицинских училищ к практической работе в качестве руководителя ФЛБ до 2–3 лет.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЕВОЗОК В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

С.Б.Трифонов, А.И.Натапов, А.П.Савостиков

Городская станция скорой медицинской помощи, Омск, Россия

© Коллектив авторов. 2004 г.

Характерной особенностью работы станции скорой медицинской помощи крупного промышленного города является выполнение не только медицинских, но и различных технических перевозок (крови и ее компонентов, медикаментов, кислорода, бикс и т. д.).

В общем объеме работы станции такие перевозки составляют около 15%, что в значительной мере оказывает влияние на результаты работы всего учреждения. С учетом того, что максимальное количество перевозок осуществляется в дневное время, их доля в объеме работы станции в дневные часы достигает 25–30%, нередко отвлекает силы и средства, предназначенные для оказания скорой медицинской помощи, и снижает оперативные возможности службы.

Особенно остро в Омске эта проблема встала в 2001 г., когда вместе с увеличением количества вызовов из-за нарастающего дефицита кадров уменьшилось количество выездных бригад.

Недостаток транспорта в первую очередь сказался на обеспечении им бригад по перевозке больных.

Для выхода из создавшегося положения была проведена централизация всех перевозок с выделением отдельного диспетчера оперативного отдела, через которого стали осуществляться все вызова по транспортировке больных и другие перевозки.

Это позволяло группировать вызовы по профилю госпитализации, выстраивать транспортные «цепочки», исключая встречные пере-

возки и порожний пробег санитарного транспорта, одновременно принимать к исполнению 2–3 вызова в попутном направлении.

В результате проведенных организационных мероприятий повысилась интенсивность работы транспортных бригад. Если в 1998 г. эти бригады находились в линии 42,8% рабочего времени, в 2000 г. — 53,1%, то в 2003 г. эта цифра выросла до 90,8%. Среднесуточная нагрузка на транспортную бригаду выросла с 9,3 вызова в 1998 г. до 15,0 — в 2003 г.

Благодаря централизации перевозок, несмотря на сокращение количества транспортных бригад с 20 в 1998 г. до 8,4 в 2003 г., им удалось выполнить более 60% всех перевозок в часы работы госпитального отдела (с 8 до 18 часов), что позволило обеспечить своевременность выполнения вызовов на внезапные заболевания в 93% случаев и на несчастные случаи — в 99,1% случаев.

Задержки в выезде (свыше 4 минут) на транспортировку выросли и составили в 2003 г. 58,4% при среднем времени ожидания выполнения вызова 64 минуты.

Создание централизованного управления перевозками позволяет осуществлять их более эффективно.

Формируя из состава транспортных бригад, после выполнения основных перевозок, фельдшерские линейные бригады, мы получаем дополнительный оперативный резерв в период максимальной нагрузки — с 18 до 24 часов.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

С.Н.Хунафин, Ф.С.Мусина, А.Ф.Власов, П.И.Миронов, Е.В.Лаврентьева

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

© Коллектив авторов. 2004 г.

Автодорожный травматизм является серьезной социальной, экономической и медицинской проблемой.

За последние 10 лет в Российской Федерации количество дорожно-транспортных происшествий

(ДТП) увеличилось на 22%, число раненых — на 36%, погибших — на 36%. В 2003 г. на территории Республики Башкортостан произошло 32 600 ДТП, в которых пострадали 3857 человек, погиб 661 человек (17%). Материальный ущерб от доро-

жно-транспортных аварий исчисляется миллионами рублей. Общие ежегодные потери от ДТП в несколько раз превышают ущерб от железнодорожных катастроф, пожаров и других видов несчастных случаев вместе взятых.

Для профилактики дорожного травматизма в Республике Башкортостан в 2003 г. проведена межрегиональная научно-практическая конференция по безопасности дорожного движения и оказанию неотложной помощи, организованная с участием Министерства здравоохранения, Башкирского государственного медицинского университета, Министерством внутренних дел, Министерством по делам ГО и МЧС, Министерством народного образования Республики Башкортостан.

Участники конференции рассматривали проблемы автодорожного травматизма в Республике Башкортостан, основные причины возникновения ДТП, меры их профилактики и оказания неотложной помощи пострадавшим, вопросы судебно-медицинской экспертизы, подготовки детей в школах к безопасному поведению на улицах и дорогах, а также повышения квалификации медицинских работников при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.

По данным участников конференции, среди причин, снижающих эффективность оказания медицинской помощи при ДТП, важнейшими являются: отсутствие средств связи, отсутствие необходимой подготовки участников дорожного движения к оказанию первой медицинской помощи, нарушение медицинских требований и правил транспортировки пострадавших, несвоевременное прибытие к месту происшествия бригад скорой медицинской помощи, недостато-

чные оснащение и подготовка выездного персонала к оказанию медицинской помощи при множественных и сочетанных травмах, неполноценность существующих медицинских укладок и средств иммобилизации.

Особую актуальность приобретает создание системы обучения лиц «первого контакта»: сотрудников ГИБДД, пожарных, спасателей, водителей и населения — приемам оказания неотложной помощи при ДТП.

Актуальной проблемой остается подготовка врачей по оказанию экстренной медицинской помощи, особенно пострадавшим с черепно-мозговой и сочетанной травмой.

По результатам деятельности межрегиональной научно-практической конференции Кабинетом министров Республики Башкортостан разработана и утверждена «Межведомственная программа безопасности дорожного движения в Республике Башкортостан», которая предусматривает необходимость внедрения прогрессивных и эффективных мер, направленных на предупреждение и снижение тяжести последствий ДТП при тесном взаимодействии различных ведомств.

Приоритетными направлениями в повышении эффективности медицинского обеспечения безопасности дорожного движения являются: разработка законодательной базы по оказанию медицинской помощи, тактики оперативного управления медицинской помощью, создание системы взаимодействия органов управления, сил и средств различных ведомств, участвующих в ликвидации последствий ДТП, совместный анализ учетно-отчетной документации, касающейся последствий ДТП.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ РАЦИОНАЛЬНОГО ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ г. КУРСКА

С.А.Школьников, Ю.А.Шеенко, Б.И.Перлюк, Т.Г.Дьякова, А.В.Плотников, И.Е.Иконникова, А.Н.Кудинова

Департамент здравоохранения, Станция скорой медицинской помощи, г. Курск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Работа станции скорой медицинской помощи (СМП) тесно связана с работой амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров. Служба СМП зачастую вынуждена компенсировать недостатки в оказании амбулаторно-поликлинической помощи хроническим больным. В связи с этим очевидна необходимость совершенствования преемственности в деятельности работы станции СМП и амбулаторно-поликлинической службы.

Анализ обращений на станцию показывает, что в последние три года наблюдается увеличение количества обращений по поводу гипертонических кризов на 1,6%, нарушения мозгового кровообращения — на 1%, бронхиальной аст-

мы — на 0,5%. В значительной степени это связано с недостаточным плановым лечением и недостаточной профилактикой обострения течения хронических заболеваний.

При исследовании возрастно-полового состава обратившихся на станцию СМП выявлено, что среди мужчин наибольшее количество вызовов приходится на возрастную группу 40–49 лет, среди женщин — 70–79 лет. Следовательно, прежде всего необходимо усилить диспансерное наблюдение за этими группами пациентов.

При анализе обращаемости за СМП по территориальным поликлиникам г. Курска в течение последних 5 лет наиболее высокие показатели

отмечены на территории поликлиники № 6 (в 2002 г. — 532,1 на 1000 населения в год), причем этот показатель вырос за указанный период до 159%.

Напротив, в поликлинике № 3 обращаемость за указанный период не увеличилась и составила 99,6% от этого показателя в 1998 г.

В 1998 г. обращаемость во время работы поликлиник (с 8 до 17 часов) составила 42,1% от общего количества вызовов СМП за сутки, в 2002 г. — 42,8%. Важно, что только 53% вызо-

вов СМП в это время суток приходится на срочные и 47% — на неотложные, которые могут выполняться врачами поликлиник. Таким образом, очевидно, что нагрузка на станцию СМП в часы работы поликлиник при правильной организации их деятельности может быть снижена почти вдвое.

В свою очередь, уменьшение нагрузки на службу СМП позволит увеличить ее оперативность и улучшить результаты оказания неотложной помощи и лечения в целом.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЗВЕНА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

С.А.Школьников, Ю.А.Шеевко, Н.Е.Толмачев, Б.И.Перлюк, А.В.Плотников, А.Н.Кудинова

Департамент здравоохранения, Станция скорой медицинской помощи, г. Курск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Основными программными документами последних лет предусматривается формирование в Российской Федерации ресурсосберегающей и высокотехнологичной модели здравоохранения. Центральной задачей является не только улучшение финансового обеспечения, но и, главным образом, повышение эффективности использования имеющихся ресурсов на основе передовых управленческих и медицинских технологий.

Проведен экономический анализ стоимости медицинского обеспечения на основе изучения количества вызовов СМП по терапевтическим участкам 7 поликлиник г. Курска за 1998–2002 гг.

В 1998 г. наибольший удельный вес расходов в расчете на 1000 населения в год пришелся на оказание медицинской помощи населению, проживающему на территориальных участках поликлиники № 7 (средняя стоимость медицинской помощи превысила аналогичный показатель по городу на 29%). Поэтому на 70% терапевтических участков в этой поликлинике был превышен расход выделяемых финансовых средств. В 2002 г. средняя стоимость медицин-

ской помощи в этой поликлинике превысила аналогичный показатель по городу на 32%.

Напротив, в 1998 г. при оказании медицинской помощи населению, проживающему на территории поликлиники № 3, расход финансовых средств был на 12% ниже значения этого показателя по городу и не возрос к 2002 г. В значительной степени это связано с организованным в поликлинике с 1959 г. бригадным подразделом. Благодаря этому экономическому рычагу, участковые врачи получают реальную (до 20,6% от фонда оплаты труда) доплату за оказание неотложной медицинской помощи на терапевтических участках.

Таким образом, наибольшее количество средств на оказание медицинской помощи населению затрачивается на тех терапевтических участках поликлиник города, на которых зафиксирована наибольшая обращаемость за скорой медицинской помощью.

Одним из эффективных путей снижения расходов на оказание медицинской помощи населению является уменьшение количества вызовов СМП в результате оптимизации работы врачей терапевтических участков поликлиник.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ ЭВМ ПО РАСЧЕТУ НЕОБХОДИМОГО КОЛИЧЕСТВА БРИГАД И МАШИН СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

И.А.Эстрин, А.А.Докучаев

Городская станция скорой медицинской помощи, г. Астрахань, Россия

© И.А.Эстрин, А.А.Докучаев, 2004 г.

Своевременность оказания экстренной медицинской помощи является одним из главных показателей качества и эффективности работы службы скорой медицинской помощи и напрямую зависит от наличия необходимого количества бригад и машин СМП. Определение необходимого числа выездных бригад и количества транспорта имеет решающее значение. Для решения этой проблемы существует ряд математических и графических методов, однако при расчете количества бригад свыше 7 они становятся громоздкими и неточными.

По этой причине для оперативного определения необходимого количества выездных бригад с 1999 г. нами используется специально разработанная программа для ЭВМ. Эта программа предусматривает учет количества вызовов в течение суток и определяет время обслуживания одного вызова как в целом по станции, так и по ее отдельным подразделениям, по бригадам и по отдельным врачам. Определяются количество выездов со станции до 4 и до 15 минут, количество случаев прибытия к пациентам до 15 и до 30 минут.

Для анализа полученной информации сутки были разделены на 9 временных отрезков, в течение которых обращаемость за скорой медицинской помощью меняется мало (8–12, 12–16, 16–18, 18–19, 19–20, 20–21, 21–22, 22–24, 0–8 ч). Зная количество поступающих вызовов, можно с учетом среднего времени обслуживания вызова определить необходимое количество бригад СМП в разное время суток.

Анализ работы Городской станции СМП за несколько лет показывает, что минимальное соотношение количества работающих машин и числа работающих бригад должно быть не меньше — 1,5. Например, у нас по центральной подстанции по штату положено 32 бригады. Фактически в среднем ежемесячно работают 23–24 бригады за счет низкой укомплектованности физически-

ми лицами. Для их работы необходимо иметь 19 машин круглосуточно, 2–3 машины, работающих по 12 часов, и 6–8 машин, работающих по 6 часов; остальные 3–4 машины должны быть в резерве, на случай выхода автомашин из строя, чрезвычайного происшествия и т. п., т. е. фактически необходимо иметь 30–32 машины.

При полной укомплектованности штатных должностей физическими лицами расчетное количество транспорта окажется достаточно при соотношении количества машин к количеству бригад составляет 1,1.

При уменьшении укомплектованности физическими лицами на каждые 10% необходимо повышение коэффициента укомплектованности автотранспортом на 0,2.

Таким образом, современные компьютерные программы позволяют достаточно точно рассчитать необходимое число бригад и количество автотранспорта для того, чтобы все поступающие вызовы обслуживались без опоздания, даже в периоды максимальной нагрузки.

Необходимо пересмотреть имеющийся норматив расчета автотранспорта (Приказ МЗ СССР № 75 от 18.03.1988 г.).

Следует создать необходимые условия для внедрения в деятельность службы скорой медицинской помощи гибкого графика работы бригад. Для этого нужно изменить существующую систему оплаты труда врачей, фельдшеров и водителей в зависимости от количества поступающих вызовов в течение суток, преодолеть негативное отношение к изменению графика работы со стороны сотрудников.

На гибкий график работы необходимо перевести в первую очередь общепрофильные и фельдшерские бригады СМП.

Гибкий график дежурства бригад целесообразнее внедрять на станциях СМП, при наличии не менее 8–10 работающих бригад.