

Скорая

медицинская

ПОМОЩЬ



Российский
научно-практический журнал

Том 5
№ 4 2004

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

4/2004

Основан в 2000 году

Учредители

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе
НП «Общество работников скорой медицинской помощи»

Президент: В.А.Михайлович

Вице-президент: С.А.Селезнев

Главный редактор: А.Г.Мирошниченко

Заместители

главного редактора: С.Ф.Багненко,
В.В.Руксин

Редакционная коллегия:

Н.А.Беляков

Г.А.Ливанов

А.Е.Борисов

В.И.Мазуров

В.Л.Ваневский

И.П.Миннуллин

В.И.Ковальчук

Ю.С.Полушин

К.М.Крылов

Ю.Б.Шапот

Ответственный секретарь: О.Г.Изотова

Редакционный совет:

М.М.Абакумов (Москва)

В.В.Афанасьев (Санкт-Петербург)

А.А.Бойков (Санкт-Петербург)

Т.Н.Богницкая (Москва)

Ю.Дробнис (Вильнюс)

Е.А.Евдокимов (Москва)

А.С.Ермолов (Москва)

В.А.Замятина (г. Вологда)

А.П.Зильбер (г. Петрозаводск)

А.А.Курыгин (Санкт-Петербург)

С.В.Лобзин (Санкт-Петербург)

Л.А.Мыльникова (Москва)

А.Н.Осипов (г. Челябинск)

В.Л.Радушкевич (г. Воронеж)

В.И.Симаненков (Санкт-Петербург)

А.М.Хаджибаев (Ташкент)

С.Н.Хунафин (Уфа)

С.Штрих (Рига)

И.С.Элькис (Москва)

Ю.М.Янкин (г. Новокузнецк)

Е.Krenzelok (США)

Журнал включен в перечень периодических изданий, в которых ВАК рекомендует публиковать результаты диссертаций.

Журнал ежеквартально публикует материалы по актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе, имеющие выраженную практическую направленность, подготовленные и оформленные в полном соответствии с существующими требованиями.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов опубликованных материалов.

Редакция не несет ответственности за последствия, связанные с неправильным использованием информации.

Наш адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Медицинская академия последипломного образования, редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».

Тел./факс: (812) 588 43 11.

Электронная почта: map@mail.lanck.net

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	4
<i>А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая</i>	
АДМИНИСТРАТИВНАЯ РЕФОРМА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	12
<i>С.Ф.Багиенко, В.В.Стожаров, А.В.Кириллов, В.А.Федотов</i>	
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. А.С.ПУЧКОВА г. МОСКВЫ	17
<i>И.С.Элькис, В.В.Лисичкин, С.А.Зубов</i>	
СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ ЯВЛЕНИЯХ	20
<i>А.М.Хаджибаев, Е.М.Борисова</i>	
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ГЛАВНАЯ ФУНКЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ	25
<i>В.А.Данилов, Д.А.Шипунов, В.Ф.Задорин</i>	
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ)	28
<i>А.В.Орлов, Д.С.Коростовцев, В.М.Шайтор</i>	
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛОГЕННОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	30
<i>В.В.Сорока, А.Б.Курилов, С.П.Нохрин, И.Э.Боровский, П.В.Чечулов, С.Ю.Золотухин</i>	
АНКЕТИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА	34
<i>Е.В.Ершова, А.Н.Осипов, М.В.Богаткина</i>	
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕЖСТАЦИОНАРНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	36
<i>И.В.Архипов, А.В.Лушников</i>	
ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ТРАВМАТИЗМ НА УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РОССИИ	39
<i>Ф.З.Галимуллин</i>	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА» В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	41
<i>И.В.Чубатов, М.С.Белоусова, А.З.Баймурзина</i>	
ИНФОРМАЦИЯ	
РЕЗОЛЮЦИЯ ПЯТОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2004»	44
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕДИТЕЛЬНОМ СЪЕЗДЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	46
КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕХНИЧЕСКОЙ ОСНАЩЕННОСТИ И ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ФИРМЫ «ТМТ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	47
<i>С.А.Климанцев, А.А.Бойков, Ю.М.Михайлов, В.В.Андреев</i>	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	51
<i>И.В.Шлык, К.М.Крылов, Д.А.Козулин</i>	
ЮБИЛЕИ	
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. МОСКВЕ	55
<i>И.С.Элькис, А.В.Вахрамеев, С.А.Зубов</i>	
70 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ОМИЧЕЙ	58
<i>С.Б.Трифонов, О.П.Голева, А.И.Натапов, А.П.Савостиков</i>	
ЛЕОНИД БОРИСОВИЧ ШАПИРО. К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	60

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

Подписка на I полугодие 2005 г. и далее
будет осуществляться
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО
через отделения связи.

Подписной индекс журнала
«Скорая медицинская помощь»
в каталоге «Роспечати»

38513

СТАТЬИ

УДК 614.23/24

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПО ПРОБЛЕМЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИА.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая
Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Формирование научной политики в области скорой медицинской помощи — важная государственная задача, в рамках которой решаются вопросы выбора приоритетов исследований, намечаются цели работы научных коллективов и пути их достижения.

Проблема скорой медицинской помощи стоит в ряду наиболее важных проблем современной медицины, требующих дальнейшего развития и совершенствования. От того, как будет работать эта служба, зависят успехи здравоохранения в целом и в определенной степени — жизнь миллионов граждан нашей страны, поскольку она ежегодно обеспечивает около 50 миллионов вызовов.

Поэтому разработка основных направлений научных исследований по скорой медицинской помощи на перспективу является важной и ответственной задачей. Научные исследования проводятся под эгидой Научного совета по скорой медицинской помощи РАМН и входящими в него проблемными комиссиями: «Сочетанная и множественная травма», «Научные основы реанимации», «Неотложная кардиология» «Острые отравления».

Представляем результаты научных исследований, выполненных за последние 5 лет в различных НИУ России, курируемых Научным советом и проблемными комиссиями.

За период с 1999 по 2003 гг. включительно проведен анализ результатов 355 законченных НИР, в том числе 47 докторских диссертаций и 231 кандидатской. Исследования выполнялись в 27 НИУ, 20 из которых финансируются МЗ РФ, 4 — РАМН, одно финансируется Министерством обороны РФ. НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе финансируются из бюджетов Москвы и Санкт-Петербурга.

По результатам завершенных НИР получена следующая научная продукция: издано 2 учеб-

ника и 2 руководства по скорой помощи, 14 монографий, 14 пособий для врачей и научных работников, 6 программ для ЭВМ, получено 3 патента, зарегистрировано 5 патентов. Основные направления, по которым проводились исследования, представлены в таблице.

Что же нового было получено на основании проведенных научных исследований?

В настоящее время проблема «Сочетанная травма» рассматривается нами как приоритетное направление в развитии научных исследований. В последние 3 года наметилась тенденция к более активной разработке проблемы сочетанной травмы в научном плане в результате большой организационной работы, проводимой НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе. Уточнен патогенез раннего периода травматической болезни, классифицированы нарушения функции органов при шокогенной травме, разработан комплекс мер для профилактики и лечения респираторного дистресс-синдрома, уточнены и дифференцированы по патогенезу нарушения функций ЦНС, не обусловленные травмой мозга (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

Получены новые научные факты, устанавливающие роль функциональной активности фагоцитов в формировании антиоксидантных реакций и эндотоксикоза при шокогенной травме. Установлено, что эндотоксикоз является одной из причин развития посттравматического иммунодефицита, и назначение антиоксидантов и блокаторов цитокинов улучшает результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

В результате комплексного морфофункционального исследования легких в динамике травматической болезни установлены патогенетические факторы развития пневмоний. Ими являются: нарушение азрогематического и бронхоаль-

Таблица

**Основные направления развития научных исследований до 2005 г.
по Научному совету № 18 по проблемам скорой медицинской помощи**

№, название НС, ПК	Направление работы	Головное НИУ, исполнители
18. Скорая медицинская помощь		НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ
ПК 18.01 Неотложная кардиология	Совершенствование и разработка новых методов лечения при острых формах ишемической болезни сердца, гипертонических кризах	НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ; СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе КЗС-П; Курская и Томская медицинские академии и др.
ПК 28.02 Научные основы реаниматологии	Совершенствование и разработка новых методов лечения при шоковом состоянии	НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ; СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе КЗС-П; НИИ общей реаниматологии РАМН; Кемеровская медицинская академия
ПК 18.03 Острые отравления	Совершенствование и разработка новых методов диагностики и лечения экзогенных отравлений	НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ; Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе КЗС-П; Новосибирская медицинская академия и др.
ПК 18.04 Сочетанная и множественная травма	Создание прогностических схем тяжести и исхода сочетанной травмы для стандартизации и контроля диагностических манипуляций и лечебного процесса	НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского ДЗМ; СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе КЗС-П, Российский государственный медицинский университет, Ярославская государственная медицинская академия, Центральный институт травматологии и ортопедии

веолярного барьеров, активация условно-патогенной микрофлоры, развитие вторичного иммунодефицита. Цитологическое исследование бронхоальвеолярной жидкости в 1-е сутки является ранним прогностическим и диагностическим критерием развития пневмоний в раннем периоде травматической болезни (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

Выявлены механизмы нарушений транспорта и потребления кислорода у пострадавших с политравмой, что позволило объективизировать пути их коррекции (НИИ общей реаниматологии РАМН).

Разработан метод лечения нейрогенных болевых синдромов туловища и конечностей путем эндолимфатического введения обезболивающих препаратов (Саратовский НИИ травматологии и ортопедии).

Научно обоснованы организационные аспекты и хирургическая тактика лечения пострадавших с тяжелыми механическими травмами в острый и ранний периоды травматической болезни. Разработаны алгоритмы лечения повреждений опорно-двигательной системы, повреждений таза. Предложено устройство для репозиции костей таза при нестабильных повреждениях (Государственный научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров СО РАМН).

Разработаны тактика и оперативная техника лечения сложных переломов длинных костей

конечностей у пострадавших с сочетанной и множественной травмой, разработаны критерии операбельности тяжелопострадавших в раннем периоде. Разработана тактика двухэтапного оперативного лечения сложных переломов длинных трубчатых костей, заключающаяся в применении на первом этапе малоинвазивных методов остеосинтеза, на втором — погружного остеосинтеза (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Разработаны и усовершенствованы методы лечения множественных и сочетанных повреждений опорно-двигательного аппарата и их последствий у пострадавших с шоком. Определены предпочтительные чрескостные методы остеосинтеза переломов в остром периоде; установлены преимущества ранней костной аутопластики, усовершенствован метод обработки и консервирования свободно лежащих костных осколков при переломах (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

Изучены причины летальных исходов, определена перспективная категория для улучшения исходов лечения — пострадавшие, не имеющие тяжелых повреждений, но погибающие от кровопотери. Возможности улучшения исходов лечения тяжелой сочетанной травмы мирного и военного времени — это повышение качества догоспитальной помощи и внедрение новых методов лечения в стационаре. Внедрен в практику ско-

рой помощи Санкт-Петербурга новый протокол оказания медицинской помощи пострадавшим (Военно-медицинская академия Министерства обороны РФ).

Разработаны рекомендации по объему лечебно-диагностических мероприятий при тяжелой сочетанной травме для общих хирургических и специализированных лечебных учреждений Министерства обороны (Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург).

Разработаны стандарты ведения пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой для региональных лечебных учреждений (Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского).

Научно обоснованы показания к проведению диагностических исследований, в том числе компьютерно-томографических и радионуклидных, для выявления повреждений и переломов, невидимых на стандартных рентгенограммах. Разработаны эффективные способы восстановления нестабильных повреждений тазового кольца при помощи аппаратов наружной фиксации. Определены приоритеты лечения сопутствующей патологии, последовательность проведения хирургических пособий, предложены оригинальные способы скелетного вытяжения центральных переломов вертлужной впадины и вертикальных смещений таза. Определены показания и последовательность способов лечения у пострадавших с сочетанной травмой таза и множественными костными повреждениями. Выделены основные типы оперативных пособий, определены оптимальные сроки хирургического лечения, разработан оригинальный аппарат для репозиции костей таза при разрывах лобкового симфиза, доказана необходимость проведения костно-пластических операций при значительных анатомических разрушениях таза (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Определена система лечебно-тактических мероприятий у пострадавших с повреждениями опорно-двигательного аппарата при множественной и сочетанной травме. Разработаны и внедрены в практику методы лечения открытых переломов костного каркаса груди, тяжелых переломов таза (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

Разработаны стандарты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при тяжелой механической травме (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Российский нейрохи-

рургический институт им. А.Л.Поленова, Северный государственный медицинский университет).

Выявлено, что наиболее неблагоприятным в прогностическом плане является состояние пострадавших с черепно-мозговыми травмами и переломами длинных костей нижних конечностей. Предложен способ применения комплекса антигипоксикантных средств и проводниковое обезболивание с техникой катетеризации периневрального пространства (Российский НИИТО им. Р.Р.Вредена).

Усовершенствованы методы профилактики и лечения легочных осложнений при сочетанной травме. Доказана целесообразность использования балльной системы оценки тяжести травмы ISS в клинической практике и для ретроспективного анализа эффективности лечения. Разработаны оптимальные способы остеосинтеза переломов длинных костей в раннем периоде сочетанной травмы, основанные на оценке тяжести травмы по шкале ISS. При тяжести полученных повреждений менее 25 баллов пострадавшим в раннем периоде выполняли любой вид погружного остеосинтеза переломов длинных костей конечностей. При тяжести полученных повреждений от 25 до 40 баллов первичную стабилизацию переломов осуществляли только с использованием малоинвазивных, малотравматичных способов остеосинтеза. При тяжести травмы более 40 баллов операции остеосинтеза выполняли в отсроченном порядке (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Разработано комплексное лечение пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой и переломами эпиметафизов длинных костей, т. е. выполнение краниотомии с одновременным или последовательным производством остеосинтеза (Российский государственный медицинский университет).

Экспериментально доказано, что на исходы лечения закрытых диафизарных переломов костей голени существенное влияние оказывают в совокупности два фактора — степень первичного повреждения мягких тканей и травматичность метода лечения (Российский научный центр «ВТО» им. акад. Г.А.Илизарова).

Определены показания к аутотрансплантации различных комплексов тканей, доказана необходимость лечения раненых реконструктивными и пластическими хирургами. Обоснована необходимость применения низкочастотного ультразвука при лечении обширных дефектов конечностей (Государственный институт

усовершенствования врачей Министерства обороны РФ).

Доказана зависимость частоты тромбообразования в венах нижних конечностей от методов лечения переломов конечностей. Установлено, что скелетное вытяжение и эндопротезирование тазобедренного сустава сопровождаются наибольшей частотой развития венозных тромбозов (44% и 40% соответственно). Определена зависимость тромбоза глубоких вен от возраста, избыточной массы тела и недостаточности кровообращения, на ее основе разработаны методы прогнозирования развития венозного тромбоза у травматологических больных. Доказано, что ультразвуковое исследование позволяет достаточно достоверно оценить морфологическую структуру тромба и правильно выбрать тактику лечения (Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко Министерства обороны РФ).

Разработан методический подход к оценке себестоимости лечения пациентов с тяжелой травмой. Разработана схема расчета себестоимости лечения в стационаре с учетом всех материальных и трудовых затрат. Созданы простой и надежный алгоритм, позволяющий прогнозировать затраты на лечение конкретного пациента с тяжелой травмой, а также методическая основа для экономического стандарта лечения, схема организационно-экономического механизма взаимодействия лечебного учреждения со страховой компанией (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

По проблеме «Научные основы реаниматологии» значительное количество работ было посвящено совершенствованию методов диагностики и лечения острой дыхательной недостаточности при политравме.

В целях профилактики и лечения легочной недостаточности, наряду с традиционно используемыми режимами искусственной вентиляции легких, применен принципиально новый метод — неинвазивная вентиляция легких. Разработаны показания к ее применению. Установлено, что положение «вентилируемых» пациентов на животе способствует значительному улучшению газообмена и может быть рекомендовано при проведении ИВЛ больным с острыми повреждениями легких (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Установлена взаимосвязь изменения динамики внутричерепного давления в зависимости от режима вентиляции легких у пострадавших с черепно-мозговой и сочетанной травмой, что

позволяет проводить патогенетическую ИВЛ и осуществлять обоснованный перевод больных на вспомогательный режим вентиляции (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Важной проблемой реанимации является поиск методов лечения кровопотери. Разработана программа инфузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере, рекомендованы синтетические коллоидные объемозамещающие растворы (препараты гидроксипропилкрахмала, модифицированного желатина), а также метод малообъемного восстановления гемодинамики путем внутривенных инфузий гипертонических растворов, что приводит к быстрому восстановлению капиллярного кровотока и нормализации артериального давления (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Гематологический научный центр РАМН, Тверская государственная медицинская академия, Российский университет дружбы народов).

Разработан алгоритм инфузионно-трансфузионной терапии острой кровопотери у пациентов с исходной патологией гемостаза (гемофилия, тромбоцитопения различного генеза) (Гематологический научный центр РАМН).

Активно разрабатывались методы патогенетического лечения сепсиса. В результате исследований концентрации прокальцитонина в плазме крови пациентов установлено, что данный тест является клинически значимым критерием для дифференциальной диагностики инфекционных и неинфекционных причин системной воспалительной реакции, оценки тяжести состояния больных и прогноза заболевания. Мониторинг концентрации прокальцитонина в крови облегчает раннюю диагностику инфицирования и способствует своевременному началу специфического лечения. Обосновано применение иммунобиологических препаратов для профилактики повреждения эндотелия и элиминации клеточно-фибриновых тромбов с поверхности эндотелия (РГМУ им. Н.И.Пирогова, Башкирский государственный медицинский университет).

Доказана эффективность дискретного лечебного плазмафереза с экстракорпоральным отмыванием эритроцитов при борьбе с эндогенной интоксикацией (Воронежская медицинская академия).

Созданы новые схемы лечения сепсиса, получены прогностические формулы течения острого и раннего периода травматической болезни, что способствовало снижению летальности при шоке до 20%, при сепсисе — с 46% до 30% (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе).

По проблеме «Острые отравления» изучены клиническое течение новых нозологических форм острых химических болезней и патогенез основных синдромов, развивающихся при химической травме. Методом токсикографии определены концентрационные пороги острых отравлений финлепсином и лепонексом. Получены новые сведения о нарушениях показателей гомеостаза при отравлениях указанными препаратами, выявлен их однонаправленный характер. Установлено, что основным осложнением при этих экзотоксикозах является пневмония, частота развития которой в среднем составляет 42%. Определены диагностические критерии развития воспалительных процессов в легких. Разработан патогенетически обоснованный комплекс лечебных мероприятий в токсикогенной и соматогенной стадиях острых отравлений (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Получены новые сведения о проявлениях острых отравлений но-шпой. Определены дозозависимые эффекты этих отравлений. Разработаны алгоритмы дифференцированной фармакологической коррекции и интенсивной терапии с учетом патофизиологических механизмов токсического поражения сердца (Уральская медицинская академия).

Установлено, что при тяжелых формах острых отравлений этанолом формирование и тяжесть эндогенной интоксикации зависят от общетоксического механизма действия этанола, глубины и длительности гипоксии и наличия полиорганной патологии, однако при этом идет преимущественно поражаются печень и почки. Разработаны пути их предупреждения и коррекции (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ).

Впервые установлена четкая зависимость интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) от времени пребывания яда в организме. Показано, что нарушения процессов ПОЛ и антиоксидантной системы (АОС) отражают характер адаптационно-приспособительных реакций изучаемой системы в ответ на разную интенсивность химической травмы и проявляются при отравлениях психотропными средствами легкой степени — реакцией срочной компенсации, средней тяжести — реакцией адаптации, тяжелой степени — реакцией субкомпенсации или декомпенсации. Определены комплексы показателей ПОЛ и АОС, которые могут служить критериями исхода заболевания и развития ос-

ложнений при острых отравлениях психотропными средствами и наркотиками (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

На основании комплексного исследования показателей ЭКГ, центральной гемодинамики, кислородно-транспортной функции крови с применением компьютерных методов математического анализа сформулирована общая концепция токсического поражения сердца при острых отравлениях и разработан комплекс патогенетически обоснованных мероприятий, направленных на его профилактику и лечение (Уральская государственная медицинская академия).

Впервые сформулирована концепция о ведущей роли нарушений транспорта кислорода в формировании гипоксии и критических состояний при острых отравлениях ядами нейротропного действия. Доказана целесообразность включения препаратов перфторан и цитофлавин в программу интенсивной терапии больных с токсико-гипоксической энцефалопатией, что позволило повысить эффективность их лечения (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербургская академия последипломного образования МЗ РФ).

Получены новые сведения, касающиеся эндотоксикоза при острых отравлениях. Для его диагностики определены наиболее информативные лабораторно-инструментальные тесты и раскрыты некоторые механизмы его развития. Разработан комплекс лечебных мероприятий, что позволило сократить количество случаев пневмоний при острых отравлениях психотропными препаратами в 1,2 раза (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Экспериментально и клинически обоснована нутритивная поддержка смесью нутризон в интенсивной терапии химических ожогов верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Доказано, что при этом происходит более раннее восстановление слизистой оболочки ЖКТ, а также снижаются требуемые объемы переливаемой плазмы и эритроцитной массы.

Обосновано применение озонированного масла в качестве препарата, улучшающего репаративные процессы слизистой оболочки при химических поражениях пищеварительного тракта уксусной кислотой. Установлено, что такие маркеры нутритивного статуса, как индекс масса/рост и абсолютное количество лимфоцитов крови, не могут использоваться у людей с отравлениями прижигающими жидкостями вследствие своей низкой информатив-

ности (Уральская государственная медицинская академия).

Получены новые сведения об эффективности сочетанного применения ультрафиолетового и лазерного облучения крови как в токсикогенной, так и в соматогенной стадиях острых отравлений психофармакологическими препаратами (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Представлено научное обоснование системы мер по оптимизации медицинской помощи населению крупного промышленного региона при острых химических отравлениях, которые создают предпосылки для создания федеральной системы управления медицинской помощью при острой химической патологии (Уральская государственная медицинская академия).

Впервые показаны механизмы саногенных эффектов местного действия карбамида, разработана экспериментальная модель для изучения сравнительной цитотоксичности. Впервые установлен характер общерезорбтивного действия мочевины при парентеральном введении (Российская медицинская академия последипломного образования).

Получены новые данные о благоприятном влиянии сочетанной физиогемотерапии на течение эндотоксикозов, что проявляется положительной динамикой лабораторных показателей, характеризующих их развитие. Выделены показатели, изменения которых при тяжелых отравлениях специфически связаны с сочетанным использованием методов физиогемотерапии и могут играть существенную роль в ее саногенном эффекте (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Разработана новая версия компьютерно-информационной поисковой токсикологической системы (КИПТС) «POISON», в которой, в отличие от предыдущих, значительно расширено количество входящих в систему ядов до 3500 химических веществ и их 30 000 синонимов с учетом потока импортных медикаментов, косметики, бытовых, дезинфицирующих и химических препаратов другого назначения, поступающих на отечественный рынок. Большое количество синонимов в системе облегчает практическому врачу установление этиологического фактора отравления. Значительно расширен объем клинико-токсикологической и сопутствующей информации по каждому веществу. Весь массив информации сформирован в соответствии с требованиями МКБ-10 ВОЗ. Усовершенствовано программное обеспечение системы с возможностью

ее тиражирования на CD (информационно-компьютерный токсикологический центр МЗ РФ).

Установлена корреляционная зависимость между количеством острых отравлений и социально-экономическими факторами, уровнем заработной платы, безработицей и т. д. Предложены мероприятия по профилактике острых отравлений в быту (Уральская медицинская академия).

По проблеме «Неотложная кардиология» предметом изучения были острый инфаркт миокарда, ИБС, гипертонические кризы. Впервые показано, что у больных с острым коронарным синдромом имеется единый патогенетический механизм тромбообразования, тромбоцито-лейкоцитарных воздействий и структурных изменений эритроцитов, что важно для прогноза, диагностики и оптимизации комплексной терапии острого коронарного синдрома (Саратовский государственный университет).

Получены новые научные факты, показывающие, что производные аминокислот, содержащие карбоксильную группу, обладают свойствами, ограничивающими зону некроза миокарда, меньшей токсичностью и оказывают антиаритмическое действие (Мордовский государственный университет МЗ РФ).

Содержание нитратов в плазме крови и моче у больных, определяемое спектрометрическим методом по реакции Гисса, можно использовать как дополнительный критерий острого инфаркта миокарда (ИМ) и развития его осложнений. Внедрение в практику отделений интенсивной терапии данной методики позволит практическим врачам получить дополнительные параметры оценки резервных возможностей организма у больных с инфарктом миокарда в течение первых часов развития заболевания (ММА им. И.М.Сеченова).

В НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского выполнена тема НИР «Тактика лечения острого коронарного синдрома (ОКС)». В работе проведена сравнительная оценка методов лечения острого коронарного синдрома в зависимости от клинического течения, степени дисфункции левого желудочка и тяжести поражения коронарного русла. Критериями выбора способа лечения явились клинические проявления болезни, состояние коронарного русла и функции левого желудочка.

Было показано, что при ИМ имеет преимущества интервенционная реперфузия коронарных артерий. При чрескожных коронарных вмеша-

тельствах (ЧКВ) достигается полное восстановление кровотока почти у всех больных, тогда как при тромболитической терапии успех наблюдается не более чем у 70% пациентов, при этом в связи с высокой степенью остаточного стеноза реваскуляризация миокарда не предупреждает развития повторных коронарных атак.

При нестабильной стенокардии ранняя инвазивная тактика позволяет своевременно определить оптимальный метод лечения, предупреждающий развитие возможных осложнений. ЧКВ у этих пациентов, как и при остром ИМ, являются методом выбора. У ряда больных ЧКВ в остром периоде могут быть дополнены повторными вмешательствами или хирургическими методами. Исключение составляют больные с диффузным множественным поражением КА, особенно с вовлечением ствола левой КА, методом выбора для которых является экстренное АКШ.

Таким образом, с нашей точки зрения, требованием сегодняшнего дня и важным условием успеха в будущем является объединение возможностей как эндоваскулярных методов лечения, так и медикаментозной терапии, хирургического лечения больных с острыми проявлениями ИБС.

Определена тактика дифференцированного подхода к выбору медикаментозного или комбинированного метода восстановления коронарного кровотока при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда (Медицинский центр Управления делами президента РФ).

Сравнительный анализ баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий показал, что стентирование коронарных артерий приводит в 89,5% случаев к улучшению непосредственных и отдаленных результатов эндоваскулярного лечения коронарного атеросклероза. Разработана тактика эндоваскулярного лечения ИБС с критерием оценки результатов вмешательства (Центр эндохирургии и литотрипсии).

Следует отметить, что применение тромболитической терапии при ОИМ, особенно на догоспитальном этапе, обеспечило новый уровень интенсивной помощи этим больным. Однако она не нашла широкого применения в повседневной работе выездных бригад СМП из-за отсутствия технического и кадрового обеспечения.

Применение эндоваскулярных и хирургических методов ранней перфузии сосудов сердца также требует соответствующего технического оснащения и участия высококвалифицированных специалистов, что может быть осуществлено только в специализированных центрах, рабо-

тающих на базе как ведущих медицинских учреждений страны, так и многопрофильных медицинских стационаров в регионах. И если немедленная госпитализация в блок интенсивной терапии стала стандартом при лечении всех больных с острым инфарктом миокарда в европейских странах, то в России хотя в целом и наметилась тенденция более активного лечения ИБС, она выявляется только в крупных центрах — в Москве, Санкт-Петербурге, Томске, Челябинске, Красноярске, Екатеринбурге, Перми. В других городах и регионах бригады скорой помощи, как правило, госпитализируют больных с ОИМ в ЛПУ ограниченной мощности, которые не могут оказать помощь в полном объеме.

Ранняя госпитализация больных с ОИМ в специализированные стационары — основа снижения летальности.

Доказано, что роль медикаментозного лечения, включая и его комбинацию с хирургическими, эндоваскулярными методами, остается весьма значимой. По-прежнему большое значение имеет использование препаратов гепарина и ацетилсалициловой кислоты (аспирина). Сочетание дополнительных факторов (лазеро-, магнитотерапия, иммунотерапия со стандартной терапией инфаркта миокарда) позволяет повысить эффективность лечения, снизить экономические затраты (НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе). Большое значение придается препаратам группы статинов (симвастатин, правастатин, ловастатин и др.). Показана высокая эффективность квинаприла для лечения сердечной недостаточности у больных в остром периоде инфаркта миокарда (Медицинский центр УД президента РФ). Доказана более высокая клиническая эффективность эноксипарина в комбинации с фенилином (Сибирский государственный медицинский университет, НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН).

Впервые показана важная прогностическая роль вегетативных проб для оценки риска внезапной смерти. Выявлены новые предикторы внезапной кардиальной смерти (пресинкопальные и гипотензивные состояния, диастолическая дисфункция, моноцитоз), разработана программа профилактики внезапной смерти (Санкт-Петербургская государственная медицинская академия).

Значительное количество исследований было посвящено диагностике и лечению гипертонических кризов. Установлено, что купирование неосложненных гипертонических кризов склады-

вается из неотложной гипотензивной терапии и закрепления эффекта длительно действующими гипотензивными препаратами. Больные с длительным течением гипертонической болезни, нарушением функции почек, сохранением артериальной гипертензии и изменениями на реоэнцефалограмме в течение первых суток, несмотря на гипотензивную терапию, имеют неблагоприятный прогноз эффективности гипотензивной терапии (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

При оценке тяжести состояния, эффективности лечения и профилактики гипертонических кризов важная роль отводится методу самомониторирования АД и антиоксидантной терапии мексикором. Определены метаболические и вегетативные факторы риска рецидивов гипертонических кризов и пути их коррекции. Уточнена тактика лечения и профилактики гипертонических кризов и их осложнений у больных с сочетанием гипертонической болезни и ИБС (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского).

Показана целесообразность профилактики гипертонических кризов при гипертонической болезни с использованием лизиноприла и фозиноприла на этапе посткризовой стабилизации состояния и последующего амбулаторного наблюдения в течение месяца (Астраханская государственная медицинская академия).

Как видно, коллективами получено много ценных предложений, направленных на то, чтобы заболевшим и пострадавшим своевременно был поставлен диагноз, обеспечено качественное лечение и выздоровление. В то же время большинство работ касается госпитального этапа. Проблемы догоспитального этапа разрабатываются слабо.

Следует подчеркнуть, что научные разработки касаются вопросов службы СМП в крупных городах. В то же время огромные географические зоны, которые обслуживаются службой СМП сельской местности, остаются неразработанной проблемой здравоохранения. Вне поля зрения ученых остаются как никогда актуальные проблемы, направленные на совершенствование организации и управления службой ско-

рой медицинской помощи. В то же время произошедшая децентрализация управления скорой медицинской помощью, изменившиеся социально-экономические условия являются основанием для изучения и научного обоснования вопросов совершенствования и поиска новых форм организации СМП, отвечающих требованиям сегодняшнего дня.

Очевидно, что научные разработки по скорой помощи нужно усилить прежде всего за счет формирования и финансирования программ исследований двух ведущих институтов скорой помощи страны.

Учитывая имеющийся огромный опыт организационно-методической работы, эти институты имели реальную возможность координировать научные разработки, определять конкретные задания для выполнения другими научно-медицинскими учреждениями. Однако их федеральное финансирование прекратилось полностью. В то же время проведение научных исследований по вопросам совершенствования и поиска новых форм организации СМП по России в целом, по округам и административным территориям — дело очень трудозатратное, и без финансирования этих разработок ни одно учреждение их проводить не будет. Необходим государственный заказ. Органы, финансирующие здравоохранение, должны выделять средства как на научные исследования по проблемам организации СМП и подготовки кадров, так и на развитие программ усовершенствования инфраструктуры системы первичной помощи, составной частью которой является скорая медицинская помощь.

Для более интенсивной научной разработки проблем СМП необходимо выделить скорую медицинскую помощь в самостоятельную научную дисциплину, имеющую свою специфику: острое начало заболевания, меняющуюся клиническую картину, многопрофильность, особый подход к организации экстренной помощи, тесное взаимодействие с рядом социально-экономических дисциплин.

Поступила в редакцию 01.06.2004 г.

УДК 614.-88

АДМИНИСТРАТИВНАЯ РЕФОРМА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.В.Кириллов, В.А.Федотов
Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

С 1 июля 2003 г. требования медицинских стандартов добровольны для исполнения. Когда этот тезис звучит на медицинских научно-практических конференциях, его осознание обычно проходит в 4 фазы. Первоначально аудитория не воспринимает сказанное. Затем ее значительная часть выражает неприятие данного тезиса. Своего рода типичными можно назвать высказывания одного профессора: «Не может этого быть! Я только что отправил проект стандартов в Минздрав для утверждения». В ответ приходится подробно анализировать Федеральный закон «О техническом регулировании» и доказывать, что он напрямую относится к медицинским стандартам.

Очевидно, что такого рода реакции обусловлены доминированием в медицинском сообществе точки зрения о том, что медицинские стандарты (протоколы) должны шире использоваться во врачебной практике. Это убеждение нашло свое отражение в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной Постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387. Ранее, как известно, внедрению стандартов в медицинскую практику способствовала обязательность исполнения их требований¹.

Третьей фазой восприятия вышеупомянутого тезиса обычно является утверждение: «Медицинские стандарты добровольны для исполнения, а протоколы ведения больных (алгоритмы, требования, установленные приказами Минздрава, и т. п.) — обязательны». Большинство руководителей учреждений и органов управления здравоохранением, как и авторы статьи, формировались как управленцы в условиях советской системы администрирования. Нам психологически трудно представить, что медицинская деятельность не должна быть жестко регламентирована со стороны государства. В этой связи неудивительно, что в проекте Концепции раз-

вития здравоохранения на 2004–2010 годы, подготовленном Комитетом по здравоохранению одного из субъектов Российской Федерации, встречаются такие формулировки:

- «Явно недостаточен контроль развития частного сектора здравоохранения».
- «Для управления качеством медицинской помощи потребуется создание правовых механизмов (нормативными актами субъекта РФ? — Авт.), позволяющих осуществлять контроль деятельности всех учреждений здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности».

В связи с этим необходимо обратить внимание на Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)». Данный правовой акт четко указывает, что обязательные требования могут устанавливаться только федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными актами. Поэтому Министерство здравоохранения РФ² своими правовыми актами (например, протоколами) может устанавливать обязательные для исполнения требования к осуществлению медицинской деятельности только в случае, если это прямо предусмотрено федеральным законом. Как показывает практика, протоколы принимаются не в соответствии с законами³. Поэтому их требования также добровольны для исполнения.

«Что необходимо предпринять для того, чтобы медицинские учреждения и предприятия все-таки соблюдали требования стандартов в новых правовых условиях?», — заключительная фаза восприятия норм Закона «О техническом регулировании». Ответ на этот вопрос заключен в административной реформе.

Тезис о необходимости проведения административной реформы впервые прозвучал в послании Президента к Федеральному Собранию

¹ Указанный анализ представлен в статье «Обязательны ли для исполнения требования медицинских стандартов и протоколов», опубликованной в журнале «Скорая медицинская помощь», 2004, № 1.

² Статья была написана до изменения структуры Правительства РФ, поэтому наименования министерств указаны прежние.

³ Например, Протокол ведения больных «Гонококковая инфекция», утвержденный Приказом Минздрава России от 20.08.2003 г. № 415.

в 2001 г. Хотя еще в 2000 г. Президент в своем послании назвал чрезмерное вмешательство государства в те сферы, где его не должно быть, причиной неустойчивого экономического развития. Изменения системы государственного регулирования хозяйственной деятельности, осуществляемые в процессе административной реформы, предусматривают:

- 1) снижение административных барьеров;
- 2) передачу механизмов обеспечения качества товаров (работ, услуг) хозяйствующим субъектам и их объединениям;
- 3) повышение ответственности производителей и продавцов товаров и услуг за результаты своей деятельности.

Административные барьеры обуславливают существенные экономические потери производителей и продавцов, а в конечном счете, — населения страны. При этом они не решают тех проблем, ради решения которых были сформированы.

Выделяют следующие основные виды административных барьеров:

1. Для выхода на рынок (входной, или предупредительный, контроль):

1.1. При регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

1.2. При получении права на осуществление хозяйственной деятельности:

1.2.1. Лицензирование.

1.2.2. Регистрация товаров.

1.2.3. Сертификация товаров и услуг.

1.3. При получении доступа к ресурсам (кредиты, аренда).

2. При текущем осуществлении деятельности (текущий контроль).

2.1. Санкции за нарушение установленных правил.

2.2. Согласование принимаемых решений с контролирующими организациями.

2.3. Получение различных льгот.

На сайте Министерства экономического развития и торговли РФ представлены результаты исследования «Об оценке потерь общества от существования административных барьеров ведения хозяйственной деятельности». Согласно полученным данным, каждый десятый рубль потребителя (суммарно 18,55 млрд. рублей) шел на оплату преодоления торговлей и промышленностью административных барьеров, выстроенных властями всех уровней. В пересчете на число населения сумма прямых потерь составляет более 500 рублей в месяц на одну семью. В свою очередь, косвенные потери, обусловленные недопро-

изводством валового продукта вследствие наличия административных барьеров, составляют, по оценкам различных исследователей, от 5% до 7% ВВП (Аузан А., Крючкова П., 2001).

Из этого видно, что хозяйствующие субъекты вынуждены преодолевать административные барьеры на всех этапах своей деятельности. Но для того чтобы оценить масштабы такого регулирования, необходимо привести еще несколько цифр. В большинстве развитых стран лицензированию подлежит небольшой круг видов деятельности: в Австрии — 28, Великобритании — 38, Японии — 39, Испании — 75, Франции — 140. В России до 2002 г. насчитывалось более 500 видов деятельности, на осуществление которых требовалось получение лицензии. По оценкам аналитических институтов Правительства по состоянию на начало 2002 г., обязательной сертификации в России подлежало от 70% до 80% товарной номенклатуры. Для сравнения: в Европейском Союзе обязательной сертификации подлежит не более 4%. При таком охвате товарной номенклатуры отказы в выдаче сертификата составляют лишь около 2% ежегодно. При этом более чем 30% продукции в последующем забраковывается уже в торговле. Таким образом, очевидно несоответствие между финансовыми возможностями государства и масштабом взятых им обязательств по контролю. Указанное несоответствие обуславливает необходимость делегирования ряда полномочий государственных органов хозяйствующим субъектам и их объединениям.

Передача полномочий производителям и продавцам товаров и услуг диктует необходимость повышения их ответственности за результаты деятельности. В свою очередь, передача ряда функций госорганов бизнес-сообществ обуславливает необходимость формирования неких требований к ним.

Для реализации указанных направлений на первом этапе следовало сформировать соответствующую правовую базу. В течение последних 3 лет был принят целый пакет законов, направленных на изменение системы государственного регулирования хозяйственной деятельности. Следует отметить, что этот этап административной реформы еще не завершен. Ниже представлен краткий анализ принятых законодательных актов и готовящихся к принятию законопроектов.

Одной из важных форм государственного регулирования является лицензирование. Лицензирование должно препятствовать вхождению в рынок неподготовленных и недобросовестных хо-

зяйствующих субъектов. Однако недостатки, сложившиеся в сфере осуществления лицензирования, превратили процесс получения лицензии в один из основных административных барьеров. В целях преодоления недостатков принятый Федеральный закон от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» по сравнению с предыдущим законом с аналогичным названием предусматривает:

- 1) значительное сокращение числа видов деятельности, подлежащих лицензированию;
- 2) упрощение порядка получения лицензии;
- 3) увеличение минимального срока действия лицензии с 3 до 5 лет;
- 4) продление срока действия лицензии в порядке ее переоформления;
- 5) смягчение мер воздействия при нарушении лицензионных требований и условий (например, ранее неоднократное или грубое нарушение являлось основанием для аннулирования лицензии, сейчас — только для приостановления).

В тот же день, что и Закон «О лицензировании...», был принят Федеральный закон от 08.08.2001 г. № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей». Ранее существующая система регистрации с декларируемой проверкой законности не позволяла бороться с недобросовестным учредительством, с организациями-однодневками, но при этом обуславливала сложность процедур регистрации юридических лиц. В принятом Законе:

- 1) предусмотрен единый порядок регистрации юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и сферы деятельности;
- 2) упрощается процедура представления документов;
- 3) срок регистрации не должен превышать 5 дней;
- 4) упрощается порядок регистрации для заявителя, поскольку обязанность информирования налоговых и иных органов о регистрации юридического лица возлагается на регистрирующий орган, а не на заявителя.

Основной проблемой в сфере контроля деятельности хозяйствующих субъектов является дублирование полномочий различных государственных органов, необеспеченность прав проверяемых, избыточность контрольных функций. Для упрощения и упорядочения процедуры проведения контрольных и надзорных проверок был принят Федеральный закон от 08.08.2001 г. № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных

предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)». Как указывалось ранее, данный закон предусматривает:

- 1) обязательные требования к товарам, работам, услугам могут устанавливаться только федеральными законами и принятыми в соответствии с ними правовыми актами;
- 2) введение ограничений для контрольных и надзорных органов при проведении мероприятий по контролю (в том числе по срокам и периодичности проведения проверок);
- 3) в контексте наших рассуждений важным аспектом следует считать установление данным Законом облегченного порядка и сокращение количества проверок деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, объединившихся в саморегулируемые организации (СРО).

При этом Закон дает определение СРО. Саморегулируемая организация — некоммерческая организация, созданная путем объединения юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей и имеющая своей основной целью обеспечение добросовестного осуществления профессиональной деятельности членами саморегулируемой организации (ст. 2).

Обязательные требования к продукции, выполнению работ, оказанию услуг установлены многочисленными (более 60 000 документов) нормативными актами. При этом сложившаяся система контроля соблюдения обязательных требований была абсолютно неэффективной. Эти факторы обусловили необходимость кардинального реформирования сферы установления обязательных требований к продукции, процессам производства. В этой связи одним из ключевых дебюрократизационных законов следует считать Федеральный закон от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании». В общем виде Закон предусматривает, что:

1. Обязательные требования к продукции, процессам производства, хранения, эксплуатации, утилизации, оценке соответствия и др. устанавливаются техническими регламентами. Принятие технических регламентов осуществляется на основе установленных правил, ключевым из которых является публичность и прозрачность их принятия.

2. Требования стандартов добровольны для соблюдения и исполнения.

3. Не предусматривается наличие государственных и отраслевых стандартов.

4. Государство берет на себя контроль соблюдения безопасности продукции, процессов про-

изводства и т. д. Вопросы обеспечения и повышения качества передаются самим хозяйствующим субъектам и их сообществам.

Очевидно, что все деbüroкратизационные законы «первой волны» направлены на снижение роли государства в регулировании деятельности хозяйствующих субъектов. Предлагаемые подходы к изменению системы регулирования рыночных отношений, по образному выражению идеологов реформ, основаны на принципе: «рынок — насколько возможно, государство — насколько необходимо». По мнению Комиссии по административной реформе, примерно каждая 5-я государственная функция на федеральном уровне подлежит упразднению, а почти половина всех функций подлежит пересмотру. Снижение роли государства в регулировании предусматривает передачу инструментов регулирования самим хозяйствующим субъектам и их сообществам — с одной стороны, при одновременном повышении эффективности института гражданской ответственности производителей и продавцов товаров и услуг — с другой. Указанные аспекты составляют суть административной реформы. В процессе реализации реформы будет осуществлена передача функций государства бизнесу, при этом схема передачи, по мнению первого заместителя Министра экономического развития и торговли РФ Дмитриева, уже отработана. Субъекты рынка, которые берут на себя определенные функции, бывшие ранее в ведении государственных органов, должны проходить определенную процедуру, которая позволяет эти полномочия получить. В качестве таких процедур выступают либо аккредитация (официальное признание органом по аккредитации компетентности физического или юридического лица выполнять работы в определенной области оценки соответствия), либо получение статуса саморегулируемой организации. В настоящее время ожидается принятие Федерального закона «О саморегулируемых организациях» (законопроект принят в первом чтении 14.10.2003 г.)¹.

Согласно законопроекту, СРО — негосударственная некоммерческая организация, объединяющая:

- субъектов предпринимательской деятельности (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) по признаку единства отрасли или рынка производимых товаров (работ, услуг) или
- субъектов одного вида профессиональной деятельности (физических лиц).

Некоммерческая организация признается саморегулируемой организацией лишь при условии ее соответствия всем установленным законом признакам и требованиям в совокупности.

К числу указанных признаков и требований относятся:

- 1) объединение в составе саморегулируемой организации в качестве ее участников не менее 10 субъектов предпринимательской или не менее 100 субъектов профессиональной деятельности;
- 2) наличие у саморегулируемой организации опубликованных правил и стандартов предпринимательской или профессиональной деятельности, обязательных для выполнения всеми участниками саморегулируемой организации;
- 3) наличие у саморегулируемой организации механизмов обеспечения ответственности ее участников перед потребителями;
- 4) наличие специализированных органов, осуществляющих контроль выполнения правил и стандартов деятельности участниками саморегулируемой организации и рассматривающих дела о наложении на участников саморегулируемой организации мер ответственности.

Таким образом, законодательство дает ответ на вопрос: что необходимо предпринять для того, чтобы медицинские стандарты — добровольные в силу Закона «О техническом регулировании» — шире использовались в медицинской практике. Медицинские стандарты будут обязательны для медицинских организаций или медицинских работников, если они добровольно объединятся в саморегулируемые организации. Это утверждение справедливо не только для стандартов диагностики и лечения больных, но и для любых требований к осуществлению медицинской деятельности. Представляется, что органам управления здравоохранением следует внимательно присмотреться к возможностям объединений ЛПУ и сообществ медицинских работников по обеспечению качества медицинской помощи, защиты прав пациента и интересов медицинских работников в новых правовых условиях.

В качестве примера разберем ситуацию с аккредитацией медицинских учреждений. Обобщение опыта территорий убеждает, что значение аккредитации медицинских учреждений заключается, прежде всего, в определении перечня разрешенных услуг и манипуляций в рамках лицензируемого вида медицинской деятельности. Стационару лицензирующий орган разрешил осуществление вида медицинской деятельности — «хирургия», но может ли

¹ Интервью М.Э.Дмитриева «Остановить административную реформу уже невозможно» от 03.03.2004, данное «RBC daily».

данное учреждение в рамках указанного вида деятельности выполнять, например, панкреато-дуоденальные резекции или следует его ограничить выполнением простейших операций? Все эти вопросы до последнего времени решались в процессе аккредитации ЛПУ. Следует напомнить, что до 15 января 2003 г. правовой основой аккредитации медицинских учреждений являлись Закон Российской Федерации от 28.06.91 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и Закон Российской Федерации от 22.07.93 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан указывалось, что лицензия учреждениям и предприятиям различных систем здравоохранения выдается на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам (ст. 15). Статья 21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» гласит, что аккредитация медицинских учреждений — определение их соответствия установленным профессиональным стандартам.

Однако в середине января 2003 года вступил в силу Федеральный закон от 10.01.03 г. № 15-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона „О лицензировании отдельных видов деятельности“». Данный Закон предусматривает иную редакцию ст. 15 Основ законодательства. Указывается, что лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Данное изменение норм Основ заставляет задуматься о перспективах дальнейшего развития одной из контрольно-разрешительных процедур, направленных на обеспечение качества медицинской помощи, которую мы называли «аккредитация медицинских учреждений». Процедура, безусловно, необходимая, поэтому ряд руководителей лицензирующих органов приводит следующую аргументацию по ее сохранению. Федеральный закон «О внесении изменений...», говорят они, внес изменения в множество законодательных актов, и не только в медицинской сфере, но ст. 21 Закона «О медицинском страховании...», обуславливающую обязательность прохождения аккредитации для всех медицинских учреждений, не отменил. Таким образом, заявляют они, аккредитация по-прежнему является обязательной процедурой. На первый взгляд это выглядит убедительно.

Но не принимается во внимание, что аккредитация медицинских учреждений — определение и соответствия установленным профессиональным стандартам (ст. 21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан...»). Сопоставим эту формулировку со ст. 2 Федерального закона «О техническом регулировании», согласно которой и требования стандартов — добровольны для исполнения и оценка (определение) соответствия — сфера действия данного закона.

Таким образом, то, что мы раньше называли «аккредитация медицинских учреждений» — процедура, добровольная для прохождения. Сохранить ее можно только путем передачи данной процедуры объединению ЛПУ (ассоциации). Стандарты аккредитации будут приняты Ассоциацией как стандарты организации, а сама аккредитация ЛПУ из добровольной станет обязательной процедурой для членов объединения.

Необходимо отметить, что соблюдение требований стандартов — это лишь малая часть того, что дает саморегулирование.

В целом институт саморегулирования позволяет:

1) государству — сэкономить значительные ресурсы, а бизнесу — избежать избыточного государственного регулирования;

2) предусматривается льготный режим проведения государственного контроля (надзора) для членов саморегулируемой организации;

3) участие в СРО формирует репутацию участника рынка, которая положительно сказывается на работе с другими участниками рынка и потребителями;

4) снижаются издержки на организацию деятельности и в случае необходимости обжалования действий госорганов;

5) значительная часть споров решается без участия государственных судебных органов, через третейские системы;

6) в организации саморегулирования возможно создание страховых механизмов, позволяющих предоставлять потребителям дополнительные гарантии в случае пользования услугами членов СРО.

Очевидно, что в настоящее время назрела необходимость объединения специалистов скорой медицинской помощи в организацию, которую, после принятия соответствующего закона, можно будет трансформировать в саморегулируемую организацию.

Поступила в редакцию 15.03.2004 г.

УДК 614.88(470.25)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. А.С.ПУЧКОВА г. МОСКВЫ

И.С.Элькис, В.В.Лисичкин, С.А.Зубов

Городская станция скорой и неотложной медицинской помощи, Москва, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Московская Станция скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП) прошла долгий путь развития от конной кареты скорой помощи до крупнейшего медицинского учреждения, обеспечивающего оказание экстренной медицинской помощи населению 14-миллионного города. Она является самостоятельной структурой в системе здравоохранения города и работает в режиме постоянной мобильной готовности к оказанию экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, травмах и заболеваниях.

На сегодняшний день Станция, как любая оперативная служба, работает на принципах централизованного управления в сочетании с территориальным уровнем развертывания соответствующей обеспечивающей сети.

Основной задачей службы является оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в минимально короткие сроки и в максимальном объеме, полная доступность медицинской помощи в любое время суток, обеспечение быстрой госпитализации в соответствующие лечебные учреждения, обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Основной структурной единицей ССиНМП является бригада скорой медицинской помощи. Бригады расположены на 53 подстанциях, равномерно распределенных по всей территории города и объединенных в 9 региональных объединений.

Каждое региональное объединение состоит из нескольких близкорасположенных подстанций, одна из которых является головной. Территория, обслуживаемая подстанциями регионального объединения, соответствует административным округам города, что облегчает преемственность при работе с амбулаторно-поликлинической службой округов.

В настоящее время Станция является одним из крупнейших медицинских учреждений, имеющим до 60 функциональных подразделений. Штатная численность 10 599 работников, из них 2938 врачей. Укомплектованность врачами со-

ставляет 63,97%, средним медицинским персоналом — 86,89%.

Ежедневно 834 бригады, из них 684 линейных бригады скорой помощи и 148 специализированных бригад, оказывают помощь больным и пострадавшим. Бригады в зависимости от их назначения подразделяются на линейные (фельдшерские и врачебные), интенсивной терапии и специализированные (реанимационные, консультативные кардиологические, кардиореанимационные, травматологические, неврологические, нейрохирургические, токсикологические, инфекционные, педиатрические, детской реанимации, акушерско-гинекологические).

Все бригады укомплектованы квалифицированным медицинским персоналом, более трети персонала имеет квалификационные категории и сертификаты специалиста. Бригады оснащены электрокардиографами или электрокардиопередатчиками, кислородной и наркозно-дыхательной аппаратурой, аппаратами для проведения сердечно-легочной реанимации, наборами для проведения экстренной экспресс-диагностики, современными средствами транспортной иммобилизации, часть акушерских бригад — кювезами.

На Станции создан и успешно функционирует Комплекс автоматизированных систем управления (КАСУ), не имеющий аналогов в России по масштабности и сложности программно-технической реализации. Комплекс разрабатывался ССиНМП совместно с головным исполнителем — ООО «Мактор» при участии Научно-практического центра экстренной медицинской помощи, ООО «Эльбрус-2000» и ЗАО «ИнКомА, Лтд.». Общую координацию работ по созданию системы осуществляли Департамент здравоохранения города Москвы и ОАО «Московский комитет по науке и технологиям» (ОАО «МКНТ»). Группа основных разработчиков системы удостоена звания «Лауреат премии Мэри Москвы».

КАСУ работает круглосуточно, в режиме реального времени, и включает в себя более 400 территориально распределенных мест сотрудни-

ков, объединенных в единую информационно-вычислительную сеть по трем уровням управления (центральная диспетчерская — региональное объединение — территориальная подстанция).

Созданная система и внедрение ее в практику позволили:

- освободить сотрудников оперативной службы от трудоемких ручных работ, осуществлять быстрый прием и передачу вызовов с использованием алгоритмов приема, телефонной и адресной баз данных, что привело к сокращению времени передачи вызова бригаде до 1–1,5 мин;

- иметь на текущий момент информацию не только о наличии свободных бригад, но и о местонахождении любой из них и обеспечивать оперативный и оптимальный выбор бригад;

- осуществлять выбор ближайшего профильного места госпитализации, равномерную загрузку коечного фонда города;

- иметь информацию об оперативной обстановке в городе на любой момент времени.

В течение последних лет отмечается устойчивая тенденция к росту количества как обращений на Станцию, так и выездов бригад. Обращаемость населения за скорой медицинской помощью на ССНМП в 2003 г. составила 4 190 931, а количество выездов бригад за последние 5 лет увеличилось на 13,75% и составило в 2003 г. 2 887 993.

Значительное увеличение обращаемости на Станцию и количества выездов бригад объясняется не только демографическими и социальными факторами, такими как старение населения и значительное увеличение числа лиц, проживающих в Москве без регистрации. Немаловажную роль в увеличении обращаемости играет и рост количества случаев обращений за медицинской помощью хронических больных, не нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи.

Основные отделы Станции перечислены ниже.

Оперативный отдел — организующее звено в цепи последовательных этапов оказания медицинской помощи от момента приема вызова до его выполнения; осуществляет прием и сортировку вызовов по категориям срочности. Прием вызова осуществляется по единому стандарту с помощью разработанных на Станции алгоритмов, что позволяет независимо от уровня подготовки и индивидуальных качеств принимающего вызов медицинского работника с максимальной долей вероятности осуществить первичную медицинскую сортировку и выделить группу больных и пострадавших с угрожающими жизни состояниями.

Для рационального использования бригад на Станции разработаны категории срочности:

- первая категория срочности («скоропомощные» поводы) — вызовы на улицу, в общественные места и учреждения, а также на квартиры при угрожающих жизни состояниях. Норматив прибытия — до 20 минут;

- вторая категория срочности — вызовы на квартиры при обострениях хронических заболеваний. Норматив прибытия — до 30 минут;

- третья категория срочности — остальные вызовы на дом. Норматив прибытия — до 60 минут.

Руководством Станции проводится постоянная планомерная работа по снижению числа непрофильных вызовов бригад СМП и выделению группы вызовов «помощи на дому» уже на уровне приема вызова.

В 1995 г. в оперативном отделе Станции был организован *врачебный консультативный пульт* оперативного отдела. В среднем через пульт в течение суток проходит более 1800 обращений, из них более 50% заканчиваются консультациями по вопросам само- и взаимопомощи и тактике лечения заболеваний, не требующих экстренной помощи, уходу за больными, профилактике заболеваний, правилам приема лекарственных препаратов и т. д. Работа пульта позволяет снизить количество выездов бригад СМП более чем на 300 000 за год, что соответствует работе пяти крупных подстанций в течение года.

Отдел госпитализации:

- проводит учет и распределение коечного фонда в городе;

- осуществляет организацию госпитализации детского и взрослого населения;

- совместно с Департаментом здравоохранения Москвы решает вопросы о перепрофилировании коечного фонда.

Отдел акушерства и детства:

- обеспечивает оказание догоспитальной медицинской помощи детям, роженицам, беременным и больным с акушерско-гинекологической патологией;

- осуществляет контроль качества работы бригад педиатрического и акушерско-гинекологического профилей.

Отдел эвакуации больных:

- осуществляет перевозку соматических и инфекционных больных в стационары города по заявкам врачей лечебно-профилактических учреждений, в том числе перевозку пациентов с хронической почечной недостаточностью на гемодиализ

и обратно, чем в значительной мере решается социальная проблема города по обеспечению медицинской помощью данной группы больных (среднесуточное количество вызовов на гемодиализ — 700);

— проводит организационно-методическое руководство работой бригад при инфекционных заболеваниях.

Отдел психиатрической помощи:

— осуществляет организацию оказания скорой и неотложной психиатрической помощи населению, перевозку больных по заявкам психоневрологических диспансеров;

— проводит медико-эвакуационные мероприятия и консультации больных в стационарах города.

Отдел учета, анализа смертности и перевозки тел умерших и погибших граждан, созданный в 1995 г., выполняет более 40 000 выездов в год, что полностью освобождает бригады СМП от необходимости перевозки трупов. Кроме того, отдел проводит анализ и статистический учет смертности в г. Москве.

Оказание медицинской помощи проводится в полном объеме и в соответствии с утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы «Стандартами оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами Станции скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы».

Большое внимание уделяется работе по преемственности с ЛПУ города, особенно с амбулаторно-поликлиническим звеном. По разработанным годовым планам совместной работы руководством Станции ежеквартально проводятся совещания с руководителями окружных медицинских управлений округов и главными врачами территориальных поликлиник, где выявляются недостатки в работе обеих служб. Данная работа позволила снизить количество непрофильных выездов бригад СМП на 2%, а это более чем 160 000 вызовов в год.

Проводится постоянная работа по повышению качества оказания медицинской помощи.

Станция тесно сотрудничает с кафедрами медицинских вузов страны: скорой помощи МГМСУ, клинической фармакологии МГМСУ, неврологии РГМУ, клинической кардиологии ММА им. И.М.Сеченова, неотложной медицинской помощи и интенсивной терапии на транспорте РосМАПО.

Ежегодно 500 врачей и 600 средних медицинских работников повышают свою квалификацию на тематических сертификационных курсах.

Совместно с кафедральными коллективами проводятся клинические испытания медицинской аппаратуры и техники, а также апробация новых лекарственных препаратов. За последние 2 года в практику работы бригад были введены прокседолол — для купирования гипертонических кризов; мексидол — для недифференцированной терапии ОНМК, актилизе — для тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда.

Под руководством Департамента здравоохранения Москвы разрабатываются и издаются методические руководства по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Материалы научных исследований сотрудников Станции публикуются в изданиях Министерства здравоохранения, Российской Академии медицинских наук и периодических медицинских изданиях («Скорая медицинская помощь», «Неотложная терапия» и т. д.)

На Станции имеются научно-методическая, современная технологическая и статистическая базы данных, что позволяет постоянно проводить научно-исследовательскую работу.

Научные разработки Станции представляются на ежегодной ассамблее «Здоровье столицы» и всероссийских конференциях по скорой помощи.

В настоящее время в рамках реализации Правительственной программы «Система навигации и телематики для городского управления и населения» проводится опытная эксплуатация системы навигации и позиционирования. Данная система предусматривает создание единого информационного поля передачи различной информации — речевой, компьютерных данных, специальных сигналов с автомобиля скорой помощи. По компьютеру вызов будет передаваться прямо в салон автомобиля, а данные о больном и выполнении вызова — в диспетчерский центр по типу SMS-сообщения. На экране компьютера диспетчера отражается информация о местонахождении и маршруте каждой бригады СМП. Кроме повышения оперативности и эффективности работы службы, появится возможность получения консультаций от врачей врачебно-консультативного пульта.

Несмотря на достигнутые успехи, нам предстоит еще немало сделать, чтобы оказание скорой медицинской помощи превратилось в единый целостный механизм, направленный на сохранение здоровья населения.

Поступила в редакцию 10.06.2004 г.

УДК 614.88:351.862

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРИРОДНЫХ ЯВЛЕНИЯХ

А.М.Хаджибаев, Е.М.Борисова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

© А.М.Хаджибаев, Е.М.Борисова, 2004 г.

Экологические проблемы Узбекистана и экстремальные погодные явления

На сегодняшний день для Узбекистана главной экологической проблемой является одна из крупнейших трагедий века — аральская. Аральское море, некогда дававшее многотысячному населению региона жизнь и благополучное существование, сегодня несет боль и многие беды, напрямую связанные с ухудшением здоровья людей и нанесением огромного вреда всей экосистеме региона.

По сведениям ООН, с высохшего дна Арала ежегодно выносятся до 700 000 тонн вредных солей в радиусе более 1000 километров, из которых более 500 кг осаждаются на каждый гектар почвы в дельте реки Амударьи. Аральский кризис породил медицинские, социальные, экономические, бытовые проблемы, решение которых требует колоссальных затрат. И все же государство идет на это — сюда направляется медицинская помощь, возводятся больницы, школы, не прекращается жилищное строительство.

Мы все чаще ощущаем на себе последствия индустриализации. Это загрязнение воздуха, воды, земли от различных выбросов промышленных предприятий, усыхание и обмеление водных артерий, вырубка зеленых насаждений. С каждым годом все больше ощущается прогрессирующий антропогенный прессинг на лесные экосистемы Узбекистана, который поставил на грань вымирания редкие уникальные виды животных и растений. Деградируют тугайные леса, сокращается их площадь, меняются геосистемы.

Увеличение содержания парниковых газов в атмосфере в результате деятельности человека приводит к глобальному потеплению климата и является одной из главных проблем, обсуждаемых сегодня мировой общественностью. К основным источникам парниковых газов в Узбекистане относятся предприятия топливно-энергетического комплекса, стройиндустрии, металлургической и химической промышленности,

автомобильный и железнодорожный транспорт, сельскохозяйственная деятельность, добыча и транспортировка ископаемого топлива, а также хранение и переработка отходов.

Изменение климата, значительное сокращение лесных массивов, коррозия почвы, к сожалению, сделали привычными для Узбекистана такие природные катаклизмы, как ежегодно отмечаемые оползни, паводки и селевые потоки. У всех жителей Узбекистана на памяти трагедия, произошедшая в ночь на 8 августа 1998 г., когда реки Ак Су и Шахимардан вышли из своих берегов. Наводнение застало людей врасплох, большинство спали. До 600 человек пропали без вести, тысячи людей остались без крова, 109 человек погибли. Были смыты дома, мосты, линии электропередач. Догоспитальную медицинскую помощь оказывали более 20 мобильных медицинских бригад из 5 человек (1 врач, 2 медсестры, 2 санитаря), которые вместе с 60 спасателями обследовали горные массивы в поисках пострадавших. В ходе спасательных работ возникали значительные сложности во взаимодействии отдельных этапов медицинской эвакуации, что обусловило острую необходимость пересмотра всей существующей концепции организации экстренной медицины страны.

В последнее время активно обсуждается проблема Сарезского озера. Правобережный склон озера является неустойчивым и в случае землетрясения может обрушиться. Оползень вызовет возникновение гигантского водяного вала, высотой 200–250 метров, и перелив воды через пониженную часть завальной плотины. Огромный грязекаменный вал со скоростью более 80 километров в час пронесется по руслам рек Бартанг и Пяндж, по которым проходит таджикско-афганская граница, ворвется в русло Амударьи и через несколько дней достигнет Аральского моря. На всей протяженности такого катастрофического броска — а это более двух тысяч километров — будут стерты с лица земли селения, поселки и города, в зоне сти-

хийного бедствия окажется не менее пяти миллионов человек.

В связи с вышеописанными обстоятельствами в Республике Узбекистан на государственном уровне принимаются широкомасштабные и разнонаправленные меры по снижению влияния последствий изменений экологии и климата на здоровье и безопасность населения, активно обсуждаются способы уменьшения повторяемости и интенсивности экстремальных погодных явлений. В частности, осуществляется Национальная стратегия по снижению эмиссии парниковых газов на 2000–2010 гг. В Приаралье с помощью международных организаций реализуются проекты по восстановлению биологического разнообразия, улучшению питьевого водоснабжения. Подписаны межгосударственные нормативные документы по установлению регионального сотрудничества между спасательными подразделениями стран СНГ, по оказанию взаимопомощи. Семьи, проживающие в зонах с высоким риском возникновения селевых потоков и наводнений, переселяются в безопасные районы, им выделяются площади для строительства домов и приусадебных участков. С целью предупреждения схода селевых потоков из местных бюджетов выделяются средства для регулярного очищения территории в низинах и по берегам рек, осуществления заградительных работ.

Необходимо признать, что знания и возможности человека, при всем желании, пока еще неспособны полностью предупредить и нивелировать трагические последствия всевозможных природных катаклизмов. В связи с этим мы вынуждены создавать и содержать различные по структуре и эффективности службы спасения населения.

В Узбекистане задачи оказания медицинской помощи пострадавшему населению при чрезвычайных ситуациях возложены на Службу экстренной медицины, которая кардинально отличается от подобных институтов других стран своей организационной структурой, о чем мы и хотели бы рассказать в данной работе. Здесь необходимо оговориться, что Служба экстренной медицины Узбекистана постоянно оказывает медицинскую помощь пациентам с угрожающими жизни состояниями.

Система экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан

Главной отличительной особенностью узбекской модели организации экстренной медицинской помощи являются государственные гаран-

тии бесплатности и общедоступности всего объема медицинских услуг при жизнеугрожающих состояниях. Создаются все условия, чтобы эти услуги оказывались на высоком современном уровне, чтобы служба экстренной медицины (СЭМ) работала четко и безукоризненно.

В Узбекистане до периода начала коренных реформ в системе здравоохранения экстренная медицина не была введена в отдельную подсистему организации и управления здравоохранением страны. В качестве самостоятельных и независимых друг от друга звеньев службы действовали отдельные лечебные учреждения или их отдельные подразделения, в которых оказывалась как плановая, так и экстренная медицинская помощь (ЭМП). В этих лечебных учреждениях отсутствовала единая миссия, единая философия, единая методология оказания экстренной медицинской помощи. Различными в них были и уровень квалификации специалистов, оснащенность, бытовые условия, обеспеченность медикаментами и др. Организационно самостоятельной была и служба скорой медицинской помощи. То есть отсутствовали единая структура организации СЭМ, единая государственная политика по поддержке и развитию СЭМ. Кроме того, морально и физически устарела материально-техническая база, неудовлетворительным было и кадровое обеспечение.

Учитывая специфику существовавшей к 1999 г. системы здравоохранения и особенности переходного периода экономики республики, была выбрана оригинальная модель СЭМ. Для достижения наибольшей доступности, экономической и медицинской эффективности СЭМ организована на многоуровневой основе, все организационно-структурные уровни которой объединены в единую службу с устойчивыми организационно-методологическими вертикальными и горизонтальными связями.

Структура СЭМ (таблица) включает в себя, во-первых, головной Центр в Ташкенте — Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), обеспечивающий основной объем экстренной медицинской помощи по базовым хирургическим и реанимационно-интенсивным направлениям экстренной медицины (см. ниже) для жителей столицы и прилегающих к ней районов, а во-вторых, региональные Центры во всех областных центрах республики, призванные обеспечить основным пакетом услуг экстренной медицинской помощи жителей этих регионов.

Т а б л и ц а

Функционирование службы экстренной медицины Республики Узбекистан

Уровень	Институт	Характер (объем) оказываемой помощи
I. Высший уровень	РНЦЭМП Областные филиалы РНЦЭМП	Специализированная квали- фицированная помощь**
II. Средний уровень	Отделения экстренной медицинской помощи при центральных районных больницах	Квалифицированная медицин- ская помощь***
III. Низший уровень	Первичные звено здравоохранения (СВП*, СВА*, се- мейные поликлиники) Служба скорой помощи «03»	Первая врачебная помощь
IV. Внестационарная экстренная меди- цинская помощь	Служба медико-санитарного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (мобильные бригады постоянной готовности при подразделениях Службы экстренной медицины) Подразделения Министерства по чрезвычайным ситу- ациям, парамедики (милиционеры, водители, учителя, пожарники и др.), прошедшие специаль- ную подготовку при РНЦЭМП	Имеют оснащение для оказа- ния квалифицированной и специализированной меди- цинской помощи Первая медицинская помощь

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

В 171 населенном пункте страны при ЦРБ и ЦГБ созданы субфилиалы РНЦЭМП — отделения экстренной медицинской помощи. В дополнение к перечисленным стационарным подразделениям в данную систему были переданы служба скорой медицинской помощи с 194 станциями и 1485 бригадами, медицинские подразделения Министерства по чрезвычайным ситуациям. В общей сложности в системе ЭМП работают около 44 000 человек, из них врачей — свыше 7500, медицинских сестер — 20 000.

Типовая структура коек РНЦЭМП и его филиалов

A. Реанимационно-хирургический профиль

1. Реанимация и интенсивная терапия
2. Абдоминальная хирургия
3. Торакососудистая хирургия
4. Отделение сочетанной травмы с нейрохирургией

5. Урология

6. Гинекология

7. Комбустиология

8. Токсикология

B. Терапевтический профиль

9. Экстренная терапия

10. Кардиология

11. Неврология

C. Педиатрический профиль

12. Детская хирургия

13. Педиатрия

На наш взгляд, подобное, казалось бы, громоздкое объединение всех институтов, призванных участвовать в оказании экстренной медицинской помощи, в единую структуру в условиях Узбекистана является оправданным в силу существенного дефицита финансовых ресурсов.

Преимуществами единой службы экстренной медицины являются:

— возможность проведения единой миссии и политики по развитию службы экстренной медицины;

— концентрация материально-технического, кадрового и научного потенциала системы здравоохранения в ее социально значимой отрасли;

— оперативность и эффективность в управлении;

— возможность адресного финансирования услуг по экстренной медицине.

В рамках единой системы упрощается организационно-методическая работа Центра, направленная на разработку, реализацию и совершенствование форм и методов организации службы экстренной медицинской помощи, построенной на оперативности, высокой технологичности и эффективности на всех уровнях службы. Для обеспечения своевременности и качества оказания экстренной медицинской помощи, а также единства и преемственности лечебно-диагностического процесса организация работы на соответствующих уровнях строится на разработанных лечебно-диагностических стандартах. лечеб-

но-диагностические стандарты разработаны с учетом трех уровней оказания ЭМП: для первичного звена здравоохранения (первая врачебная помощь, посиндромная диагностика и лечение), для хирургов, терапевтов и педиатров районного звена (квалифицированная врачебная помощь) и для специалистов более узкого профиля — областного звена и РНЦЭМП (специализированная медицинская помощь).

Для обеспечения стабильности функционирования и необходимого запаса свободного коечного фонда пациенты, выведенные из критического состояния, переводятся в другие лечебные учреждения (в том числе поликлинические учреждения) на дальнейшее лечение и реабилитацию. Оптимальные сроки госпитализации и показания к переводу на следующий этап лечения и реабилитации нормированы в формализованных руководствах «Лечебно-диагностические стандарты для врачей СЭМ», а также дополнительно отрегулированы соответствующими приказами Минздрава и областных управлений здравоохранения.

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан служба экстренной медицины отнесена к функциональной подсистеме Государственной системе предупреждения и действий в чрезвычайных ситуациях Республики Узбекистан. Служба экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях стала составной частью всей службы экстренной медицины.

В 1999 г. было разработано «Положение о Государственной службе экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях Республики Узбекистан», в котором определены основные задачи, организационная структура, управление, организация медицинского обеспечения населения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, материально-техническое и финансовое обеспечение, а также юридическая и социальная защита медицинских работников государственной службы экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях сформированы 39 специализированных бригад постоянной готовности (по 3 бригады в РНЦЭМП и его 12 филиалах), 182 бригады экстренной медицинской помощи на базе ЦРБ и ЦГБ. Задачами специализированных медицинских бригад постоянной готовности являются:

а) проведение медицинской (внутрипунктовой) сортировки, оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской

помощи пострадавшим в полном объеме на базе местного филиала (субфилиала) РНЦЭМП, наиболее близкого к месту катастрофы;

б) обеспечение взаимодействия между учреждениями и службами, находящимися в районе катастрофы;

в) организация и координация эвакуации пострадавших и больных за пределы очага.

Служба экстренной медицины со своими подразделениями интегрирована в общую систему организации аварийно-спасательных работ совместно с подразделениями Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел, Министерства обороны и других ведомств. Созданная система тем самым позволила не только повысить эффективность и оперативность ЭМП и «медицины катастроф», но и существенно снизить общие затраты.

За один год службой экстренной медицины обслуживаются более 500 000 человек стационарно и примерно столько же — амбулаторно. По линии скорой помощи за год обслуживаются свыше 5 млн вызовов. Необходимо отметить, что примерно 17,2% стационарных больных получают лечение в системе экстренной медицины, хотя количество коек службы составляет всего 6,3% от общего количества коек страны. Данный показатель не только интересен как показатель интенсивности деятельности службы, но и является еще одним доказательством доступности услуг экстренной медицины.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что система экстренной медицинской помощи в республике является 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 при различных неотложных состояниях. В рамках единой службы стало возможным создание действенного механизма непрерывного контроля и методологического совершенствования качества медицинской помощи, мониторинга состояния по экстренной заболеваемости. Объединение всех учреждений, участвующих в оказании экстренной медицинской помощи населению, в единую службу является целесообразным с точки зрения адресного финансирования с тем, чтобы реально обеспечить государственные гарантии бесплатности и доступности услуг по экстренной медицине для всех слоев населения.

ВЫВОДЫ

1. Длительное сухое и жаркое лето для Узбекистана является характерным погодным фактором в течение веков, поэтому у населения имеются традиционно сложившиеся и эффективные меры защиты от его воздействия.

2. Менее прогнозируемыми и наиболее опасными представляются селевые потоки (наводнения).

3. Наряду с организационными мероприятиями (переселением людей в безопасные зоны, строительством дамб, укреплением берегов рек) необходимо создание эффективной и оперативно функционирующей службы спасения с мощной

и разветвленной системой медицинского обеспечения населения при природных катаклизмах.

4. В условиях ограниченных ресурсов является целесообразным формирование медицинских подразделений спасения населения в составе уже функционирующих медицинских учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь

5. Объединение в единую структуру медицинских учреждений, участвующих в оказании экстренной помощи, обеспечивает оперативность управления, строгую преемственность на этапах эвакуации, эффективность спасения жизни пострадавших.

Поступила в редакцию 20.05.2004 г.

УДК 616.-082

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ГЛАВНАЯ ФУНКЦИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.А.Данилов, Д.А.Шипунов, В.Ф.Задорин

Городская станция скорой медицинской помощи, городская больница № 3, г. Волжский, Волгоградская область, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Обеспечение качества медицинской помощи сегодня является одной из наиболее актуальных проблем для здравоохранения России. Декларированное Конституцией РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан право граждан на охрану здоровья в понятии Всемирной организации здравоохранения есть не что иное, как право на получение наилучшей медицинской помощи, направленное на улучшение здоровья людей и их личную безопасность. Новое Министерство здравоохранения и социального развития в настоящее время формирует эффективную стратегию развития отрасли, направленную на повышение качества медицинского обслуживания населения и улучшение жизненного уровня тех, кто охраняет здоровье.

Развернувшаяся и продолжающаяся на страницах журнала «Скорая медицинская помощь» дискуссия об алгоритмизации мышления врача и стандартизации процесса лечения сводится к теме качества оказания медицинской помощи и вносит определенную неупорядоченность во взаимоотношения между работниками выездных бригад скорой медицинской помощи и администрацией учреждений скорой помощи.

Предметом рассмотрения как предполагаемого единого стандарта качества оказания медицинской помощи на 5-й Всероссийской конференции «Скорая помощь-2004» (Санкт-Петербург, июнь 2004 г.) были «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации», подготовленные Санкт-Петербургской медицинской академией последипломного образования и Санкт-Петербургской городской станцией скорой медицинской помощи для взрослых пациентов, являющиеся оптимальным методическим пособием для деятельности врачебного и фельдшерского персонала выездных бригад скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Данные Рекомендации согласуются с Приказом МЗ РФ «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» № 100 от 26.03.99 г. в части медикамен-

тозного обеспечения. В некоторых учреждениях Рекомендации утверждены локальными нормативными актами, соответствующими стандарту качества оказания скорой медицинской помощи, и занимают прочное место в урегулировании правоотношений при различных разбирательствах, в том числе судебных.

В нашем учреждении вышеуказанные Рекомендации функционируют с октября 2001 г., успешно помогают регламентировать лечебно-диагностический процесс и отстаивать интересы юридического лица в различных инстанциях. Все сетования медперсонала выездных бригад СМП на то, что при стандартизированной и алгоритмизированной деятельности не совершенствуются должным образом ни личный опыт, ни интуиция, ни творческий процесс, заканчиваются после рассмотрения первого судебного иска от пациента на некачественно оказанную медицинскую помощь. Естественно, что ответчиком в данном случае будет фигурировать не медицинский работник, оказывающий помощь, а юридическое лицо в виде станции или больницы скорой медицинской помощи скорой медицинской помощи. Все материальные выплаты при вынесении судебного решения в пользу пациента будет производить администрация учреждений скорой помощи, но не сотрудник выездной бригады, допустивший погрешность в оказании медицинской помощи больному.

Следует отметить, что в смете расходов учреждений здравоохранения такие выплаты не заложены, и они несут прямой материальный ущерб.

Выплаты по искам пациентов могут иметь место в каждом лечебно-профилактическом учреждении и связаны с недостаточным качеством оказания медицинской помощи. Поэтому обеспечение качества медицинской помощи в настоящее время становится своеобразным ориентиром и главной целевой функцией учреждений здравоохранения.

Качество товара согласно гражданскому законодательству — обязанность продавца пере-

дать покупателю товар надлежащего качества, соответствующего образцу или описанию с гарантированным качеством комплектующих. Это корреспондирует с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, устанавливающими полномочия государственных органов, органов субъектов РФ и муниципальных образований по регулированию отношений в области качества предоставления медицинской помощи населению на основе стандартов (образцов). Так, компетенцией РФ является «Утверждение государственных стандартов на продукцию медицинского назначения», предписывающих субъектам РФ и муниципальным образованиям осуществлять контроль выполнения стандартов качества медицинской помощи. Изложенные положения полностью согласуются с политикой, проводимой Президентом РФ, определяющим в своих выступлениях качество как основу развития страны.

Сегодня качество трактуется как степень ответственности присущих объектам характеристик, устанавливаемых определенными требованиями. При этом объектом может быть деятельность или процесс изготовления продукции, результат услуг, организация, система или некоторая комбинация. Образующие в этом контексте виды качества могут быть: качеством результата деятельности (процесса), качеством самих процессов, качеством системы или организации деятельности. Естественно, что хорошее качество результата деятельности может быть достигнуто только при хорошем качестве процесса, качество которого, в свою очередь, определяется содержанием — материально-техническим, медикаментозным, финансовым, информационным, кадровым. В то же время хорошее качество процесса возможно только при условии качественного функционирования всей системы, так как обеспечение процесса призвано осуществлять управление через качественное выполнение своих функций.

Интегральные показатели результата качества позволяют устанавливать нормативы, исходя из реальных потребностей и имеющихся ресурсов, а также из набора единых показателей, наиболее совпадающих во всей системе здравоохранения. Это позволяет формировать их дифференцированно — по группам населения, заболеваний и сроков достижения результатов. В то же время введенные ранее, без какой-либо системы показатели, характеризующие деятельность, привели к созданию несвязанного и избыточного

объема информации, который не увеличивает и не уменьшает вероятность достижения цели.

Наш небольшой опыт разработки и применения в учреждении двух стандартов: «измеряемого стандарта контроля качества преобразовательных процессов» и «измеряемого стандарта качества медицинских услуг» — показал, что именно интегрированные показатели этих стандартов качества преобразовательных процессов и качества медицинских услуг формируют и реализуют главную целевую функцию учреждения. В случае выполнения этих стандартов реализуются основные управленческие функции: регулирующая, координирующая, учетная, контрольная и оценочная. Двум последним в настоящее время придается ключевое значение для оптимизации эффективности деятельности учреждения. Средствами реализации этих функций являются формируемые в стандарте: функциональная модель взаимодействия, функциональная структурная схема, система управленческого учета показателей для поддержки и принятия управленческих решений, система деловой оценки и оценки качества медицинских услуг.

Однако стандарты не могут быть реализованы в полной степени на добровольной основе, как этого требует закон о техническом регулировании. Так, стандарт контроля (содержащий механизм сокращения непроизводительных издержек) имеет стоимостное выражение потребительской цены, а стандарт качества (содержащий механизм покрытия издержек на качество) выражает потребительскую стоимость. Естественно, что установление этих норм лежит за пределами учреждения. Декларируемое законом добровольное установление требований к процессам и услугам в учреждении будет уделом отдельных учреждений, пока Правительство РФ не начнет действовать в отношении здравоохранения по нормам бюджетного законодательства.

Статьей 6 Бюджетного Кодекса введено понятие «минимальный государственный социальный стандарт» как предоставление государственной услуги на безвозвратной и безвозмездной основе по всей территории РФ, которое надо понимать как единый подушевой норматив. С его установлением, реальным и адаптированным к уровню жизни в государстве, появится минимальная бюджетная обеспеченность (т. е. стоимость медицинских услуг на уровне субъекта, устанавливаемых по клинико-статистическим заболеваниям или клинико-статистическим группам), выступающая как форма гарантий

страхового риска и предопределяющая все дальнейшие действия в системе страхования.

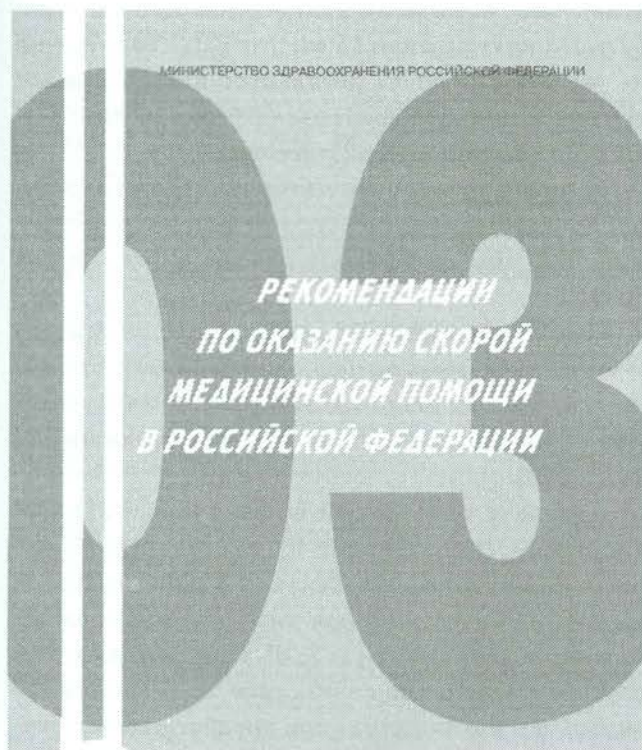
Наш опыт разработки и внедрения этих стандартов показал, что для нормального функционирования системы качества требуется разработка серий стандартов, реализующих функции системы управления экономикой: организационного стандарта предоставления платной услуги и добровольного медицинского страхования — предметная координирующая функция, стандарта функции заработной платы — стимулирующая функция и, наконец, концепции социально-экономического развития учреждения — направляющая функция. Другими словами, формируется система непрерывного управления качеством, в которой четко просматривается формирование

модели структурного управления экономикой учреждения с рыночным механизмом и государственным регулированием.

Стандартизация и унификация медицинской помощи, реализуя идею разделения труда и кооперации производителей, являются мощным источником научно-производственного потенциала здравоохранения, а также позволяют системе здравоохранения стать участницей мирового сообщества, с которым можно общаться лишь на языке единых правил разработки производства и потребления медицинских услуг. Эти правила и содержатся в действующих международных стандартах.

Поступила в редакцию 10.04.2004 г.

ВНИМАНИЮ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ!



В апреле 2004 г. вышло в свет 2-е, переработанное и дополненное издание

«РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ».

Рекомендации разработаны в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и на Санкт-Петербургской городской станции скорой медицинской помощи.

Рекомендации прошли рецензирование в Московском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Институте токсикологии МЗ РФ и клиническую апробацию на станциях скорой медицинской помощи республики Башкортостан, республики Коми, г. Владимира, г. Вологды, г. Краснодара, Ленинградской области, г. Мурманска, Новгорода, г. Новосибирска, г. Пензы, Санкт-Петербурга.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УТВЕРЖДЕНЫ МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Тел./факс кафедры неотложной медицины СПбМАПО: (812) 588-43-11; электронная почта: mapo@mail.lanck.net.

УДК 616.248:616-071:616-08

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ)

А.В.Орлов, Д.С.Коростовцев, В.М.Шайтор

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Представлен обзор основных рекомендаций по лечению обострений бронхиальной астмы (БА).

Определение и оценка тяжести обострения

Клинически БА характеризуется эпизодами кашля, свистящих хрипов и одышки, которые поддаются лечению бронходилататорами. Для оценки тяжести обострения БА перед началом терапии рекомендуется уточнить [1, 2]:

- время начала обострения и его длительность;
- использованные в последнее время и в последние сутки медикаменты и их дозы (особенно β_2 -агонисты);
- частоту обострений, вызовов скорой помощи и госпитализаций в последний год;
- наличие тревоги, частоту дыхания, участие вспомогательных мышц в дыхании, нарушение сознания;
- возможные триггеры обострения (респираторная инфекция, действие аллергенов и др.).

Инструментальное исследование заключается в проведении пульсоксиметрии и пикфлоуметрии. Проведение пикфлоуметрии при тяжелых обострениях не рекомендуется [1].

Начальная терапия

Кислородотерапия.

Рекомендуется при сатурации кислорода ниже 90% и не рекомендуется при сатурации кислорода выше 95% [1, 2]. Доказательные исследования по эффективности использования кислорода до настоящего времени не проведены. Утверждение необходимости назначения кислорода при тяжелых обострениях основано на мнении экспертов, данных ретроспективного анализа и обзора литературы.

β_2 -агонисты короткого действия.

Практически во всех рекомендациях упоминается сальбутамол для ингаляционного введения [1–5].

Рекомендуется назначать сальбутамол каждые 20 минут в течение первого часа лечения, затем каждые 2–6 часов.

В рандомизированных контролируемых исследованиях [1] показано, что нет четкой разницы между методами доставки медикамента (дозирующий ингалятор со спейсером или небулайзер), хотя при тяжелых обострениях БА (показатели пикфлоуметрии менее 50% от нормы) предпочтение отдается небулайзеру [2].

Разовые дозы сальбутамола составляют от 4 до 8 вдохов (400–800 мкг) для взрослых или до 2,5–5 мг при использовании небулайзера [1, 2, 5]. У детей дозы могут быть в 2 раза меньше.

При использовании небулайзера не рекомендуется проводить расчет дозы на 1 кг массы тела [1].

Ингаляционное введение β_2 -агонистов признается оптимальным. Подкожное или внутривенное введение допускается [1, 2] лишь при невозможности ингаляционного, например, сальбутамол внутривенно 15 мкг/кг [2]. Указывается на увеличение риска летального исхода при парентеральном использовании β_2 -агонистов.

Кортикостероидные гормоны.

Раннее пероральное назначение кортикостероидов (КС) является основой лечения обострения БА при неэффективности β_2 -агонистов [1–6].

Начальная доза КС составляет от 0,5 до 2 мг/кг преднизолона (максимум 60 мг). Указывается, что при использовании доз более 1 мг/кг массы тела высок риск развития побочных эффектов [2].

Показана одинаковая эффективность (мета-анализ) КС при введении их внутрь, внутримышечно и внутривенно. Такую же эффективность имеют КС (будесонид) при ингаляционном введении через небулайзер [1, 2, 6]. При тяжелых обострениях возможно совместное применение КС внутрь и в ингаляциях, при среднетяжелых обострениях ингаляции КС (будесонид через небулайзер) в дозе 4–8 мг/сут за 4 раза могут быть альтернативой их системному применению.

Ипратропиума бромид.

Ипратропиума бромид рекомендуется в качестве дополнения к β_2 -агонистам и КС при средне-

тяжелых и тяжелых обострениях [1–7]. Препарат назначают в дозе от 0,25 до 0,5 мг вместе с β_2 -агонистами со второй или третьей ингаляции.

Магния сульфат.

Магния сульфат рекомендуется при тяжелых обострениях в дозе 25–75 мг/кг (максимум 2,5 г) в виде однократного внутривенного медленного введения [1, 2]. Указывается на риск развития гипотензии. В Британских алгоритмах магния сульфат рекомендуется использовать только у взрослых.

При обострениях БА не рекомендуются:

1. Применение теофиллинов. Исключением являются случаи постоянного получения пациентом теофиллинов до обострения в качестве базисной терапии и максимально использованная комбинация перечисленных выше средств (кислорода, β_2 -агонистов, КС, ипратропиума бромид) при недостаточном эффекте от лечения [1, 2].

2. Массаж, кинезотерапия, муколитики, спирографический контроль состояния. Все эти мероприятия могут быть триггерами бронхоспазма [1].

3. Седативные средства [1]. Указывается на увеличение риска летальных исходов при при-

менении седативных средств за счет подавления функции дыхательного центра. Их применение возможно только в отделении реанимации [1].

4. Антибиотики при отсутствии четких доказательств наличия бактериального очага [1–3, 8].

5. Агрессивная гидратация.

Показания к госпитализации [2]:

1. Сохранение симптомов обострения после оказания скорой медицинской помощи.

2. Социальные проблемы (одиноким пациент, невозможность оказания адекватной помощи на дому).

3. Психологические проблемы.

4. Инвалидизирующие сопутствующие заболевания.

5. Тяжелые обострения БА в анамнезе, потребовавшие госпитализации и нахождения на отделении реанимации и интенсивной терапии.

6. Обострения, возникшие на фоне постоянного приема КС внутрь.

7. Ночные обострения.

8. Беременность.

9. Передозировка теофиллинов в последние сутки и β_2 -агонистов: использование более двух баллончиков за последний месяц [4].

Литература

1. *British guideline on the management of asthma // Thorax.*— 2003.— Vol. 58, Suppl. 1.— P. i1–i94. [517 references].
2. *Evidence based clinical practice guideline for managing an acute exacerbation of asthma // Cincinnati Children's Hospital Medical Center.*— 2002.— Sep. 3.— 21 p. [130 references].
3. *Long-term management of asthma.* Helsinki, Finland // Duodecim Medical Publications Ltd.— 2001.— Dec. 30.— Various p.
4. *Management of asthma.* Singapore // Singapore Ministry of Health.— 2002.— Jan.— 58 p. [53 references].
5. *Diagnosis and management of asthma.* Bloomington (MN) // Institute for Clinical

- Systems Improvement (ICSI).— 2003.— May.— 49 p. [37 references].
6. *Rowe B.H., Spooner C.H., Ducharme F.M. et al. Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma (Cochrane Review) // The Cochrane Library.*— 2004.— Issue 1.
7. *Plotnick L.H., Ducharme F.M. Combined inhaled anticholinergics and beta2-agonists for initial treatment of acute asthma in children (Cochrane Review) // The Cochrane Library.*— 2004.— Issue 1.
8. *Graham V., Lasserson T.J., Rowe B.H. Antibiotics for acute asthma (Cochrane Review) // The Cochrane Library.*— 2004.— Issue 1.

Поступила в редакцию 04.06.2004 г.

УДК 616-005.4:616-07

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛОГЕННОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.В.Сорока, А.Б.Курилов, С.П.Нохрин, И.Э.Боровский, П.В.Чечулов, С.Ю.Золотухин

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

© Коллектив авторов, 2004 г.

Острая тромбозембологенная ишемия конечностей остается одной из актуальных проблем в неотложной ангиохирургии. Несомненный приоритет в открытии оперативного лечения данной патологии принадлежит отечественному хирургу, приват-доценту Одесского университета И.Ф.Сабанееву, который в 1895 г. произвел первую в мире попытку удаления эмбола из бедренной артерии [1]. Следует отметить, что большой вклад в изучение этой проблемы внес профессор И.И.Джанелидзе, который в 1927 г. собрал и проанализировал данные о 109 случаях эмболэктомий [2].

В настоящее время в общей популяции населения данная патология составляет 14 на 100 000 человек, а среди сосудистых заболеваний — 10,0–16,0% [3]. Несмотря на современные диагностические и лечебные возможности в сосудистой хирургии, имеются данные о высокой летальности 20,0–30,0% и инвалидизации 15,0–25,0% у этой категории больных [4, 5]. Ампутации конечностей выполняются у больных с острой тромбозембологенной ишемией при поступлении и в раннем послеоперационном периоде в 23,0–28,0% случаев [6, 7], а с явлениями хронической ишемии выписываются 53,8% оперированных и 71,7% леченных консервативно пациентов [8]. Не вызывает сомнений, что отрицательные результаты лечения острой тромбозембологенной ишемии конечностей связаны как с диагностическими, так и с тактическими ошибками [9].

Целью работы было изучить структуру дефектов догоспитальной диагностики острой тромбозембологенной ишемии конечностей, проанализировать частоту развития осложнений и уровень летальности в зависимости от сроков госпитализации больных.

Материалы и методы исследования

С 2002 по 2004 гг. в отделение сердечно-сосудистой хирургии НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе поступили 133 больных с острой тромбозембологенной ишемией конечностей, из них были прооперированы 66,9% (89 человек), получали только консервативное лечение 33,1% (44 человека). Средний возраст составил 65 лет (от 31 до 95 лет). Причины развития острой тромбозембологенной ишемии конечностей были различными (табл. 1). Всем больным выполняли ультразвуковую доплерографию и дуплексное ангиосканирование магистральных артерий при поступлении и в динамике. При наличии показаний производили эхокардиографию и транскраниальную доплерографию. Исследовали основные показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время, тромбокрит, среднее содержание тромбоцитов, международное нормализованное отношение.

Тромбоземболии периферических сосудов выявлены у 80 (60,2%) больных, тромбозы — у 45 (33,8%) больных, а тромбозы протезов — у 8 (6,0%) человек. Оперативное лечение было про-

Таблица 1

Причины развития острой тромбозембологенной ишемии конечностей

Причины	n	%
Облитерирующие заболевания сосудов конечностей	50	37,5
Нарушения сердечного ритма различной этиологии	48	36,1
Ишемическая болезнь сердца и кардиомиопатии различного генеза	17	12,8
Аневризмы (грудного и брюшного отделов аорты, а также левого желудочка)	3	2,3
Ятрогенные	2	1,5
Парадоксальная эмболия (дефект межпредсердной перегородки)	1	0,8
Не установлена	12	9,0
Всего	133	100

Ambu

Ambu



**Ambu A/S
РОССИЯ
Москва
Представительство
для стран
Советского Союза**

Тел./факс: (095) 979-8572;

(095) 979-1247;

Тел.: (095) 782-5756:

8501-439-8572;

8926-207-4545.

E-mail: ambu@rol.ru

<http://www.ambu.ru>

Ambu

Иммобилизационное оборудование

Вакуумное оборудование, предназначенное для лечения переломов, относится к новому поколению изделий, изготовленных в соответствии с новейшими европейскими стандартами для скорой помощи. Размеры вакуумных матрасов Ambu и их толщина отличны от устаревших стандартов DIN,

Германия. Новые стандарты предполагают фиксацию ног снизу, со стороны ступней путём обёртывания краями матраса. Применение вакуумных матрасов даёт хорошие результаты когда предполагаются повреждения длинных костей или позвоночника, таким образом можно избежать повреждений тканей.

Пока полностью не выкачан воздух, матрас легко обернуть вокруг тела пациента. При полном откачивании воздуха матрас затвердевает и принимает нужную форму. Вакуумные матрасы изготавливаются из синтетической огнеупорной ткани с ПВХ - покрытием.

Внутри матрасов имеется система каналов, что делает матрас тонким, способным принимать нужную форму, а также очень устойчивым. Матрасы Ambu All in One поставляются в десяти различных модификациях:

Contiental, Continental De Lux, Narrow, Wide body, Helicopter (со специальными размерами) с разным количеством ручек и разноцветных ремней.

Матрасы весьма прочны и при транспортировании их можно просто тащить.

Всё вакуумное оборудование было разработано совместно с ВВС Швеции.

Использование **вакуумных шин Ambu** даёт максимальную возможность повреждения тканей. Шины сделаны из огнеупорной ткани с ПВХ - покрытием а протестированной системой каналов. Шины хорошим формообразованием и небольшим весом, лёгкостью применения для временной фиксации переломов. Вакуумные шины Ambu используются для различных типов фиксации.

Шина для фиксации ноги по всей длине ноги, бедра и руки взрослого человека, шина на голени взрослого человека или ноги по всей длине, бедра или плеча ребёнка может использоваться также в качестве вакуумного матраса для детей младшего возраста и младенцев.



Спинальные носилки Ambu обеспечивают безопасную транспортировку с места происшествия до госпиталя. Они пропускают рентгеновские лучи, используются в рентгеновских кабинетах, а также при сканировании CAT и MRI, не оставляя никаких теней. Легковесные, но надёжные - выдерживают нагрузку более 250 килограмм. Их лёгкий вес является уникальным качеством при переносе тяжёлых пациентов спасателями. В наличии Носилки используются с любыми Носилки не тонут в воде, поэтому её поверхности и также могут Изготовлены из полиэтилена обеззараживается. Носилки цветах, размерах, с разным количеством ремней, и предназначенных специально для медицины катастроф и педиатрии.



Вакуумный иммобилизационный жилет VSI - наиболее современное приспособление для фиксации и транспортировки больных с повреждениями позвоночника. Гибкость конструкции позволяет производить фиксацию пациента в естественной позе, откачивание воздуха делает конструкцию жёсткой. Жилет VSI фиксирует торс, голову и весь позвоночник, обеспечивая перевозку пациента с минимальным риском, подгоняется для пациентов разных размеров, сводит к минимуму давление на грудную клетку, удобен при использовании в ограниченных пространствах рентгеновских лучей. И абсолютно прозрачен для рентгеновских лучей.

Жилет VSI фиксирует торс, голову и весь позвоночник, обеспечивая перевозку пациента с минимальным риском, подгоняется для пациентов разных размеров, сводит к минимуму давление на грудную клетку, удобен при использовании в ограниченных пространствах рентгеновских лучей. И абсолютно прозрачен для рентгеновских лучей.

Уникальные регулируемые воротники Шанса Ambu Perfit Ace (воротник регулируется на четыре взрослых размера), Ambu Mini Perfit Ace (на два детских размера). Набор воротников Шанса Ambu Perfit шесть размеров для младенцев, детей и взрослых. Воротники Шанса Ambu различаются не только по размерам, но и по времени использования - воротники производятся кратковременного (неотложная медицина), и длительного ношения (в случае проблем с шейным отделом позвоночника).



Предприятие производит более 70 видов медицинских изделий, предназначенных для использования на передовых этапах медицинской эвакуации; оснащения скорой помощи, поисково-спасательных и противопожарных служб; мобильных полевых медицинских формирований; лечебных учреждений; для оказания помощи на всех видах транспорта:

- аптечки, наборы, укладки
- средства иммобилизации для детей и взрослых: вакуумные, складные, разового пользования
- средства перемещения пострадавших
- специальное оборудование и принадлежности
- установки для очистки и обеззараживания воды



■ Набор реанимационный с аппаратом управляемой ИВЛ для скорой помощи НИР-



■ Контейнер теплоизоляционный с автоматическим поддержанием температуры инфузионных растворов КСТ



■ Комплект шин транспортных складных КШТС



■ Набор врача скорой помощи НВСП-01



■ Носилки иммобилизирующие реечные складные НИРС-01



■ Набор врача скорой помощи УССП-01



■ Штатив разборный для вливаний ШР-01

полная информация на сайте www.omnimed.nnov.ru

Идеальный профиль волемиической терапии

ВОЛЮВЕН

6% ГидроксиЭтилКрахмал 130/0

К о л л о и д

Новое поколение ГидроксиЭтилКрахмала

- Волемиический эффект около 100 %
- Эффект плато около 4 часов
- Отсутствует кумуляция в плазме после многократного введения
- Улучшенный профиль безопасности (низкое влияние на гемостаз)
- Существенно снижено накопление в тканях

Регистрируется
50 мл/кг м. т. в сут

107078, Москва,
ул. Красноворотский пр-д, д. 3 Б, стр. 3
Тел: (095) 950-5714
975-3195
975-3811
Факс: (095) 975-5692



Fresenius
Kabi

Caring for Life



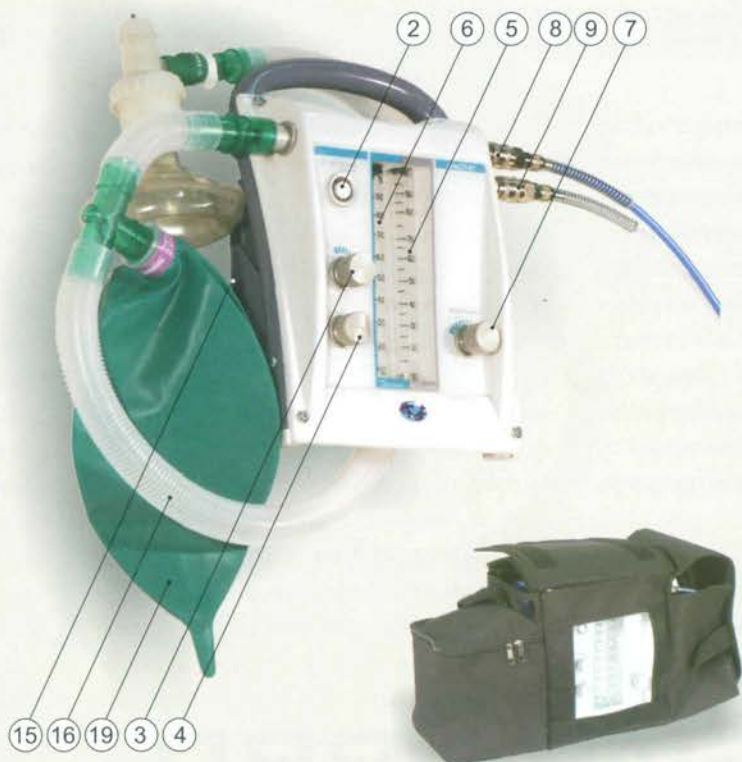
АНпСП-01

Аппарат ингаляционного наркоза газовой смесью кислорода и закисью азота для службы скорой медицинской помощи портативный АНпСП-01-"ТМТ"

ТУ 9444-002-56250967-2002

Описание органов управления

- 1 Входной штуцер по ISO F 15 "Пациент"
- 2 Кнопка экстренной подачи кислорода
- 3 Вентиль регулировки "Соотношение"
- 4 Переключатель "Подсос воздуха" в канал кислорода
- 5 Ротаметр закиси азота
- 6 Ротаметр кислорода
- 7 Вентиль регулировки "Общий поток"
- 8 Входной штуцер "Кислород"
- 9 Входной штуцер "Закись азота"
- 10 Редуктор газовый понижающий с манометром
- 11 Баллон "Кислород"
- 12 Баллон "Закись азота"
- 13 Винт стопорный
- 14 Замок ремня крепления баллона
- 15 Устройство крепления к стене
- 16 Шланг дыхательный
- 17 Клапан неревверсивный
- 18 Маска лицевая
- 19 Мешок резервный
- 20 Шланг питания "Закись азота"
- 21 Шланг питания "Кислород"



АНпСП

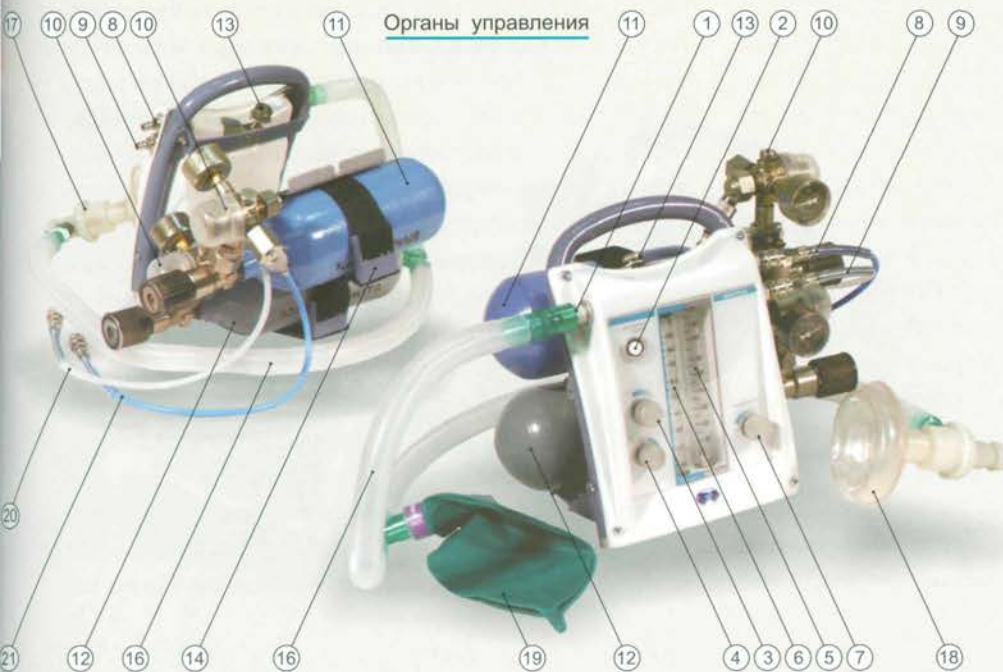
АППАРАТ ИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА

01

Аппарат АНпСП-01-«ТМТ» предназначен для проведения ингаляционного наркоза (взрослым и детям старше шести лет) газовой смесью кислорода и закиси азота в медицинском транспорте, в полевых условиях, на дому, при спасательных мероприятиях.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКИ

Максимальный дозируемый расход кислорода, не менее:	10 ± 0,4 л/мин
Максимальный дозируемый расход закиси азота, не менее:	10 ± 0,4 л/мин
Экстренная подача кислорода в обход смесителя газов для ингаляции легких пациента:	не менее 45 л/мин и не более 75 л/мин
Максимальное безопасное давление, ограничиваемое предохранительным клапаном:	5,0 ± 0,5 кПа
Потеря давления газа в линии пассивного выдоха (на постоянном потоке газа 25л/мин):	не более 0,15 кПа
Масса аппарата (без баллонов):	не более 2,2 кг
Габаритные размеры аппарата:	не более 195 x 113 x 260 мм



Органы управления

Аппарат обеспечивает:

- автоматическое поддержание заданного состава и количества смеси кислорода и закиси азота при проведении ингаляционного наркоза;
- возможность подачи вместо чистого кислорода кислородно-воздушной смеси с концентрацией кислорода 50 ± 5%;
- автоматическое отключение закиси азота при отсутствии подачи кислорода.

Аппарат работает от внешней сети газов (кислород и закись азота с давлением от 0,2МПа до 0,5МПа) или от собственного источника питания (баллон с кислородом 1л, давлением 15МПа, баллон с закисью азота емкостью 1л, давлением 5МПа).

Изделие зарегистрировано в Российской Федерации и внесено в государственный реестр медицинских изделий, регистрационный № 29/22051201/3856-02. Сертификат соответствия № РОСС RU.МЕ20.В03060

ООО «ТМТ»

193091, Санкт-Петербург, Октябрьская наб., д.6
тел.: (812) 972-41-03, тел./факс: (812) 445-08-30
www.tmt.sp.ru e-mail: avn@mail.wplus.net



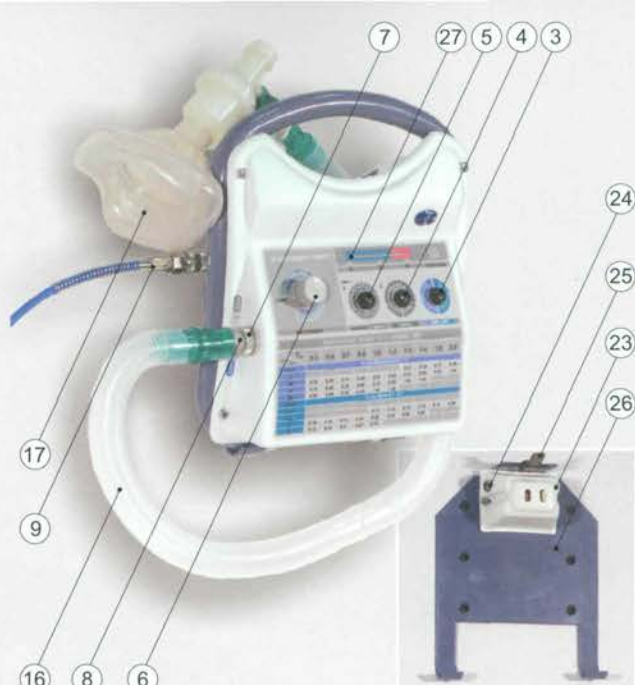
А-ИВЛ/ВВЛ

Аппарат электронный для проведения управляемой и вспомогательной ИВЛ кислородно-воздушной смесью для службы скорой медицинской помощи портативный А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ»

ТУ 9444-001-56250967-2002

Описание органов управления

- 1 Светодиод (индикатор включенного состояния аппарата)
- 2 Кнопка "Старт/Стоп"
- 3 Переключатель ("Взрослые/Дети", "ИВЛ/ВВЛ") и величины запускающего напряжения в режиме ВВЛ.
- 4 Переключатель времени ожидания ("Пауза") дыхательного усилия пациента в режиме ВВЛ.
- 5 Переключатель частоты вентиляции в режиме ИВЛ или времени вдоха в режиме ВВЛ.
- 6 Вентиль регулировки величины минутной вентиляции.
- 7 Переключатель состава смеси (100% кислород или 50% смесь кислорода с воздухом).
- 8 Выходной штуцер по ISO F 15 "Пациент".
- 9 Штуцер питания "Кислород".
- 10 Манометр остаточного давления в баллоне.
- 11 Шланг питания кислородный.
- 12 Редуктор газовый
- 13 Откидной кронштейн.
- 14 Вентиль подачи кислорода.
- 15 Баллон кислородный.
- 16 Шланг дыхательный
- 17 Маска лицевая
- 18 Неревверсивный клапан
- 19 Предохранительный клапан.
- 20 Ремешок крепления баллона.
- 21 Замок.
- 22 Пружина крепления откидного кронштейна.
- 23 Розетка электропитания аппарата 12В.
- 24 Гнездо подключения адаптера при питании от 220В.
- 25 Замок крепления аппарата.
- 26 Кронштейн крепления аппарата у стене.
- 27 Индикатор рабочего давления на выходе "Пациент". При кратковременном нажатии на кнопку "Старт/Стоп" - индикатор заряда аккумуляторной батареи.



А-ИВЛ/ВВЛ

АППАРАТ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Аппарат А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» предназначен

для проведения управляемой искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и вспомогательной искусственной вентиляции легких (ВВЛ) кислородно-воздушной смесью в условиях выездной службы интенсивной терапии и реанимации, на дому, в медицинском транспорте при спасательных мероприятиях, а также в палатах интенсивной терапии в медицинских лечебных учреждениях. Аппарат предназначен для взрослых и детей от одного года.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКИ

отношение продолжительностей вдоха и выдоха	1:2±0,5	
концентрацию кислорода в кислородно-воздушной смеси	от 50 ± 5%;	
максимальное безопасное давление, ограничиваемое предохранительным клапаном	5,0 до 0,5кПа	
Масса аппарата (без баллона и редуктора)	не более 2,6 кг.	
Габаритные размеры аппарата	не более 233x100x248 мм	
Режим ИВЛ	Взрослые	Д
минутную вентиляцию при проведении ИВЛ кислородно-воздушной смесью (допускаемые отклонениями от установленных значений ±15%)	от 3 до 20 л/мин	от 0,7 до 1,0 л/мин
частоту вентиляции (с допускаемыми отклонениями от установленных значений ± 10%)	от 10 до 60 1/мин	от 20 до 40 1/мин
Режим ВВЛ	Взрослые	Д
регулирование дыхательного объема при проведении ВВЛ кислородно-воздушной смесью	- не более 0,2 л, - не менее 1,2 л,	- не более 0,2 л, - не менее 1,2 л,
регулирование времени положительного вдоха	от 0,5 до 2,0 с	
регулирование запускающего разрежения	от 0,05 до 2,0 кПа	
регулирование времени ожидания дыхательного усилия пациента	от 2 до 20 с	

Аппарат обеспечивает:

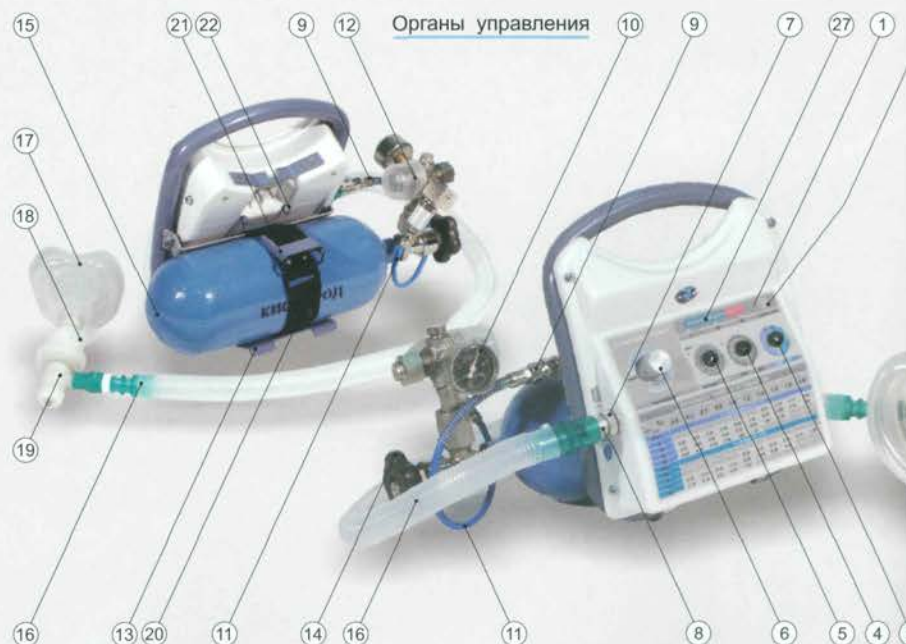
- управляемую ИВЛ с переключением дыхательного цикла по времени с активным вдохом и пассивным выдохом;
- вспомогательную ИВЛ в режимах отклонения на дыхательные усилия пациента ("по требованию") и принудительной подачи дыхательного газа при отсутствии дыхательного усилия пациента ("автоматический").

Аппарат работает от любого источника сжатого кислорода с давлением на выходе от 0,2 до 0,5МПа, а также от автономного источника кислорода (баллон с кислородом емкостью 2л), давлением 15МПа. Электропитание аппарата осуществляется или от бортовой сети транспортного средства напряжением 9,5...30В постоянного тока, потребляемой силой тока не более 1,0А, или от промышленной сети переменного тока напряжением 220В и частотой 50Гц через адаптер, входящий в комплект аппарата, или от встроенного источника электропитания - аккумулятор емкостью 2,2А·ч с автоматическим зарядным устройством. По электробезопасности аппарат соответствует ГОСТ Р50267.12-93 для аппаратов с внутренним источником питания типа "В".

Изделие зарегистрировано в Российской Федерации и внесено в государственный реестр медицинских изделий, регистрационный № 29/22051201/3857-02. Сертификат соответствия № РОСС RU.МЕ20.Б03059

ООО «ТМТ»

193091, Санкт-Петербург, Октябрьская наб., д.6
тел.: (812) 972-41-03, тел./факс: (812) 445-08-30
www.tmt.sp.ru e-mail: avn@mail.wplu.s.net



ведено 89 (66,9%) больным и включало в себя полузакрытую баллонную тромбоэмболектомию у 61 пациента, реконструктивные операции (петлевою тромбоэндартерэктомию с последующей пластикой артерий различными способами и шунтирующие операции) — у 20 больных, ампутиацию конечностей на различных уровнях — у 8 человек. Повторные операции выполнены 10 пациентам (полузакрытая баллонная тромбоэмболектомия, тромбоэмболектомия с последующей реконструкцией, ампутиация конечностей).

Консервативное лечение включало в себя стандартную вазоактивную и антикоагулянтную терапию. Общая летальность составила 9,0% (12 случаев), из них в раннем послеоперационном периоде скончались 5 человек. Общее состояние остальных 7 умерших было оценено как крайне тяжелое на фоне острой сердечной недостаточности или нарушения мозгового кровообращения в стадии декомпенсации, что ввиду высокой степени хирургического риска (7-я степень по классификации ASA) [4] явилось противопоказанием к проведению экстренной операции.

Для принятия правильного решения необходимо соблюдать последовательность в ходе решения поставленных задач:

1. Диагностировать острую артериальную непроходимость.
2. Установить характер окклюзии: эмболия или тромбоз.
3. Оценить степень ишемического повреждения тканей конечности.
4. Определить тактику лечения.

Диагностика

Острые эмболии нередко возникают внезапно у лиц, считавших себя вполне здоровыми. Клиническая картина зависит от локализации окклюзии и состояния коллатерального русла. Необратимая ишемия сопровождается контрактурой, потерей болевой и тактильной чувствительности, а в последующем — гангреной конечности. Отсутствие боли в покое при острой артериальной эмболии не может рассматриваться как показатель компенсации коллатерального кровообращения. Когда пациент начнет ходить, функциональные показатели могут быть неудовлетворительными (перемежающаяся хромота менее 200 м).

Данные анамнеза о внезапной боли в конечности дают основание заподозрить эмболию артерии. Физикальные данные при острой окклюзии магистральной артерии весьма характерны. На развитие ишемии указывают такие «классиче-

ские» симптомы, как болезненные ощущения, парестезия или анестезия, бледность кожи, отсутствие активных движений, региональное снижение температуры. К наиболее значимым относятся неврологические признаки (парестезии, параличи), так как периферические нервы особенно чувствительны к гипоксии. При интактных неврологических функциях риск развития гангрены практически исключен, но их исчезновение делает омертвление неизбежным, если кровообращение не удастся восстановить в самом срочном порядке.

Тактика

После первичного обследования принимается решение о необходимости экстренного оперативного вмешательства либо о проведении дополнительных диагностических тестов.

Операция показана при наличии достоверных симптомов региональной ишемии: боль, бледность, парестезии, ограничение движений, местное снижение температуры, исчезновение дистального пульса. Наличие достоверных признаков некомпенсированной или необратимой ишемии должно служить поводом для экстренного хирургического вмешательства. Итогом диагностического этапа является четкое определение лечебной тактики и возможности выполнения реконструктивных операций в зависимости от степени ишемии (табл. 2).

Результаты лечения

Мы проанализировали результаты оперативного и консервативного лечения больных с острой тромбоэмбологеной ишемией конечностей в зависимости от сроков госпитализации. Все больные разделены на три группы: 1-я группа — 49 (36,8%) пациентов, поступивших до 6 часов от начала заболевания; 2-я группа — 31 (23,3%) пациент, поступивший в промежутке 6–24 часов, и 3-я группа — 53 (39,9%) человека, поступившие позже 24 часов.

Рассматривая причины поздней госпитализации, мы установили, что из 84 больных, поступивших в сроки более 6 часов, у 30 (35,7%) человек диагноз направления был неверным. Он не только не указывал на острый ишемический процесс в конечности, но и порой не отражал сущность артериальной патологии (табл. 3). Зачастую медицинские работники не исследовали пальпаторно пульсацию периферических сосудов, не определяли наличие сосудистых шумов и не производили пальпацию живота на предмет выявления аневризмы брюшной аорты. Все это можно расценить как иг-

Таблица 2

Классификация степени ишемии, прогноза и лечения при острой тромбозембологенной ишемии конечностей (по В.А.Корнилову, 1969, с изменениями)

Степень ишемии	Клинические признаки	Прогноз	Лечение
Компенсированная	Сохранены активные движения, тактильная и болевая чувствительность	Угрозы развития гангрены конечности нет	Показаний к срочной восстановительной операции нет
Некомпенсированная	Утрата активных движений, тактильной и болевой чувствительности	Конечность омертвевает в ближайшие часы (в среднем 6 ч)	Показана экстренная восстановительная операция
Необратимая	Мышечная контрактура	Гангрена конечности. Сохранение конечности невозможно	Ампутация. Восстановление противопоказано из-за угрозы смерти от эндотоксемии

Таблица 3

Ошибочные диагнозы на догоспитальном этапе у больных с острой тромбозембологенной ишемией конечностей (2-я и 3-я группы)

Диагноз направления	Абс. число	%
Облитерирующий атеросклероз артерий конечностей	14	46,7
Острый тромбофлебит	9	30,0
Остеохондроз и невралгии	4	13,3
Деформирующий артроз суставов	2	6,7
Рожистое воспаление	1	3,3
Всего	30	100

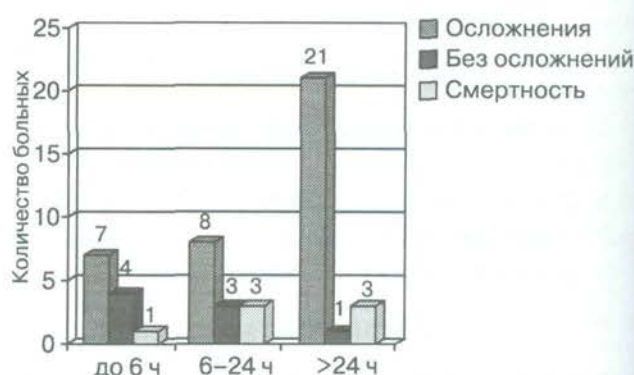
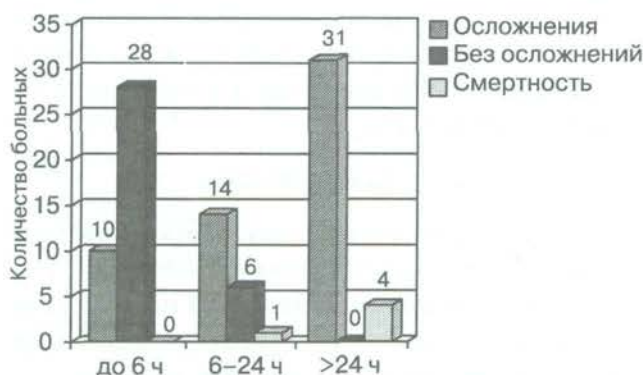


Рис. 1. Результаты оперативного лечения в зависимости от сроков госпитализации.

Рис. 2. Результаты консервативного лечения в зависимости от сроков госпитализации.

норирование элементарных методов обследования. Данные пациенты получали лечение в амбулаторных условиях или не получали его вообще, что в конечном итоге приводило к тяжелым осложнениям, вплоть до развития необратимой ишемии конечностей — у 18 (13,5%) человек.

Лимфорей, нагноение послеоперационной раны, реперфузионный отек, ишемический неврит, микроэмболизация дистального артериального русла конечностей с развитием явлений хронической ишемии, а также необратимые изменения тканей чаще встречались у больных

с поздними сроками госпитализации. По-видимому, в связи с этим увеличивается количество летальных исходов (рис. 1, 2).

Таким образом, неправильная диагностика острой тромбозембологенной ишемии конечностей на догоспитальном этапе влечет за собой позднюю госпитализацию, увеличивает количество осложнений и летальность (см. табл. 3).

Для улучшения результатов диагностики острой тромбозембологенной ишемии нижних конечностей на догоспитальном этапе предложен соответствующий алгоритм.

Литература

1. *Сабанеев И.Ф.* К вопросу о шве сосудов // Русский хирургический архив.— 1895.— Т. 4.— С. 625–639.
2. *Джанелидзе Ю.Ю., Оглоблина З.В.* Эмболэктомия // Вестн. хир. и пограничных областей.— 1926.— Т. 8, № 24/1.— С. 85–103.
3. *Dormandy J., Heeck L., Vig S.* Acute limb ischemia // *Semin. Vasc. Surg.*— 1999.— Vol. 12, № 2.— P. 148–153.
4. *Illuminati G., Bertagni A., Calio F.G. et al.* Acute ischemia of the lower limbs // *Riv. Europ. Sci. Med. Farmacol.*— 1996.— Vol. 18, № 1.— P. 19–27.
5. *Покровский А.В., Кияшко В.А.* Острая артериальная непроходимость (этиология, диагностика, лечение) // *Тер. арх.*— 1997.— Т. 69, № 4.— С. 72–76.
6. *Buhr H.J., Mann B., Lorenz E.P.* Vascular surgery techniques in peripheral vascular embolism // *Chirurg.*— 1998.— Vol. 69, № 1.— P. 38–47.
7. *Becquemin J.P., Kovarsky S.* Arterial emboli of the lower limbs: analysis of risk factors for mortality and amputation. Association Universitaire de Recherche en Chirurgie // *Ann. Vasc. Surg.*— 1995.— Vol. 9, Suppl.— P. S32–S38.
8. *Карибов А.В., Панфилов С.Д., Грачев А.М. и др.* 10-летний опыт лечения больных с тромбозами, эмболиями магистральных артерий, тромбозами шунтов // Девятый всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов // Сердечно-сосудистая хирургия.— 2003.— Т. 4, № 11.— С. 114.
9. *Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Золкин В.Н.* Острая артериальная непроходимость. Клиническая классификация и тактика лечения // Сердечно-сосудистая хирургия.— 2002.— Т. 8, № 2.— С. 74–77.
10. *Петров С.В.* Общая хирургия.— СПб., 2001.

Поступила в редакцию 01.03.2004 г.

УДК 614.88: 614.23.004.12:12331.2

АНКЕТИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

Е.В.Ершова, А.Н.Осипов, М.В.Богаткина

Станция скорой медицинской помощи, г. Челябинск, Россия

© Коллектив авторов, 2004

Осуществление эффективного контроля качества оказания медицинской помощи администрация Станции скорой медицинской помощи (ССМП) г. Челябинска рассматривает как одну из важнейших управленческих задач. При решении этой серьезной проблемы трудности вызывает выработка унифицированных показателей качества. Известно, что деятельность медицинских работников станции скорой медицинской помощи отличается сложностью и многоплановостью, поэтому ее результаты невозможно оценить с помощью какого-либо одного критерия.

В рамках существующей на ССМП г. Челябинска многоуровневой системы контроля качества используется анализ анкетирования населения, который направлен на исследование:

- качества оказания экстренной медицинской помощи населению;
- оперативности работы Станции;
- культуры медицинского обслуживания, выполнения требований медицинской этики и деонтологии (табл. 1–4).

За период 1999–2001 гг. были опрошены 770 респондентов, обратившихся на ССМП г. Челя-

бинска по поводу обострения хронических заболеваний.

Анализ показал, что основными причинами обращения являются:

- 1) неэффективная работа амбулаторно-поликлинического звена с хроническими больными;
- 2) низкий уровень жизни населения (невозможность приобретения медикаментов для нового лечения);
- 3) недостаточная информированность населения о показаниях к вызову скорой медицинской помощи и особенностях работы этой службы.

Из табл. 1 видно, что основная часть населения дала хорошую оценку работы бригад.

Недостаточно высокие оперативные показатели (прибытие бригады на вызов позже 20 минут) связаны с:

- частым отсутствием нужного количества автомашин (высокая изношенность парка санитарного автотранспорта);
- отсутствием нужного количества развернутых бригад (высокая текучесть кадров в связи с низким уровнем зарплаты и снижением социального престижа профессии);

Таблица 1

Оценка работы бригад скорой медицинской помощи на вызове

Оценка работы бригады	1999 г.		2000 г.		2001 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
«Хорошо»	230	96,64	253	98,44	268	97,45
«Удовлетворительно»	6	2,52	3	1,18	7	2,54
«Неудовлетворительно»	1	0,42	1	0,38	—	—
«Претензий к бригаде нет» (без оценки)	1	0,42	—	—	—	—
Итого	238	100	257	100	275	100

Таблица 2

Оценка оперативности прибытия бригады скорой медицинской помощи на вызов

Прибытие бригады СМП	1999 г.		2000 г.		2001 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
До 20 минут	230	96,64	216	84,05	228	82,91
Позже 20 минут	8	3,36	41	15,95	47	17,09
Итого	238	100	257	100	275	100

Таблица 3

Оценка работы диспетчеров по приему вызовов

Оценка работы диспетчеров	1999 г.		2000 г.		2001 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Диспетчер был вежлив, тактичен, быстро принял вызов	237	99,58	254	98,83	270	98,18
Диспетчер был не очень вежлив, но быстро принял вызов	—	—	1	0,39	2	0,73
Технические неполадки (долго не могли дозвониться, плохая слышимость, отключалась связь во время разговора)	1	0,42	2	0,78	3	1,09
Итого	238	100	257	100	275	100

Таблица 4

Оценка соблюдения норм этики и деонтологии при обслуживании вызова

Соблюдение норм этики и деонтологии при обслуживании вызова	1999 г.		2000 г.		2001 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Медработники были вежливы и внимательны	238	100	256	99,61	270	98,18
Поведение медработников на вызове неудовлетворительное	—	—	1	0,39	5	1,82
Итого	238	100	257	100	275	100

— дальностью доезда;

— отсутствием показаний к первоочередному направлению бригад (в первую очередь бригады направляют на несчастные случаи и внезапные заболевания).

Из табл. 3 видно, что увеличивается количество случаев технических неполадок во время приема вызова.

Из табл. 4 видно, что в большинстве случаев медицинские работники СМП соблюдают нормы этики и деонтологии.

Единичные случаи неудовлетворительного поведения сотрудников на вызове обязательно служат поводом для разбора на станции. Частой причиной этих нарушений является проявление синдрома эмоционального «выгорания» персонала СМП, работающего в экстремальных условиях.

Таким образом, можно сделать вывод, что основная часть населения г. Челябинска работу станции скорой медицинской помощи оценила положительно. Большая часть опрошенных отметили, что, несмотря на сложные социально-экономические условия, в которых приходится работать службе скорой медицинской помощи, ее сотрудники проявляют такие человеческие качества, как внимательность, вежливость, готовность прийти на помощь.

Мы считаем проведение анкетирования населения одним из эффективных методов контроля качества оказания скорой медицинской помощи, который позволяет объективизировать оценку работы службы.

Поступила в редакцию 16.10.2003 г.

УДК 616-001:616-082

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕЖСТАЦИОНАРНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

И.В.Архипов, А.В.Лушник

Городская станция скорой медицинской помощи, Государственный медицинский университет Саратова, Россия

© И.В.Архипов, А.В.Лушников, 200

Актуальность проблем оказания медицинской помощи больным с тяжелой сочетанной травмой обусловлена рядом причин. Прежде всего, это значительное увеличение потока больных с указанной патологией, что подтверждается статистическими данными. Так, по данным Санкт-Петербургского НИИ им. А.Л.Поленова, рост по РФ категории больных только с сочетанной нейротравмой, начиная с 1993 г., составляет более чем 26 000 случаев в год [1]. Статистика вызовов Саратовской ГССМП подтверждает эту тенденцию. В 1993–2002 гг. в г. Саратове травмы и несчастные случаи составляют в среднем 9% от всех поступающих вызовов, или 23 500–29 000 вызовов в год. От 13,4% до 15,0% из них приходится на тяжелую сочетанную травму.

Второй причиной остается высокая летальность среди этой категории больных. При анализе деятельности подразделений анестезиологии-реаниматологии 1-й городской клинической больницы г. Саратова за 1997–2002 гг., выявлено, что летальность среди больных с тяжелой сочетанной травмой колебалась от 20% до 26,1%, что сравнимо с аналогичными показателями по РФ. Число пациентов с тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травмой увеличилось за этот период времени в 2 раза, что составило более 500 человек в год. Следует отметить, что, в целом по РФ, начиная с 1993 г., по данным Государственного комитета по статистике, травмы и несчастные случаи стабильно находятся на втором месте среди причин смертности трудоспособного населения мужского пола.

Особую актуальность проблемам оказания медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме придает необходимость их комплексного решения. Оказание медицинской помощи в этих случаях всегда требует совместной работы многих лечебных и диагностических служб как догоспитального, так и госпитального этапов. Оказание медицинской помощи больным с тяжелой сочетанной травмой должно строиться на прин-

ципах своевременности, доступности, последовательности и преемственности этапов, профильности и экономической рентабельности. Можно сказать, что качество оказания медицинской помощи при политравме является одним из наиболее объективных показателей готовности ЛПУ или отдельной службы к оказанию экстренной медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование, результаты которого представлены в этой статье, проводилось на базах 1-й городской клинической больницы г. Саратова, Саратовской ОКБ и Саратовской ГССМП с 1993 по 2002 гг. Анализировались годовые отчеты Саратовской ГССМП, отделений реанимации и интенсививной терапии указанных стационаров, а также отделения экстренной и планово-консультативной помощи (ЭиПКП) Саратовской ОКБ.

При тяжелой сочетанной травме можно выделить две основных схемы оказания медицинской помощи. Если травма происходит в крупном населенном пункте, то пострадавший, по линии СМП, поступает непосредственно в крупный многопрофильный стационар. Если же травма получена в районах области, то оказание медицинской помощи, как правило, включает в себя большее количество этапов. В этом случае пострадавший доставляется в стационар (ЦРБ первого или второго уровня), как правило, фельдшерской бригадой отделения СМП. Учитывая недостаточные диагностические и лечебные возможности таких стационаров, для оказания специализированных видов медицинской помощи вызывается бригада отделения экстренной и планово-консультативной помощи Саратовской ОКБ. После оказания необходимого объема помощи больной транспортируется этой бригадой в стационары межрайонного или областного центров.

Несмотря на кажущуюся простоту и отлаженность этих схем, на каждом из указанных этапов имеется много проблем, которые приво-

дят к недостаточной своевременности оказания необходимого объема медицинской помощи, снижению качества медицинской помощи, сохранению высокой летальности, доходящей в отдельных стационарах области при тяжелой сочетанной нейротравме до 58,2%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На этапе оказания СМП можно выделить три группы проблем: материально-технические, квалификационные и организационные.

Главной материально-технической проблемой является несоответствие оборудования машин СМП Приказу МЗ РФ № 100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи населению РФ» (приложение 13). Следует отметить, что до настоящего времени даже в областном центре указанному нормативному документу соответствует оснащение только реанимационных бригад. Подавляющее большинство линейных бригад не имеют ручных аппаратов ИВЛ, ларингоскопов, дефибрилляторов, кардиомониторов, наборов интубационных трубок, наборов для катетеризации магистральных вен и т. д. Фактически эти бригады, как врачебные, так и фельдшерские, оказывают СМП на автомобилях, оборудованных как санитарные, которые предназначены только для межстационарной транспортировки больных в удовлетворительном состоянии или перевозки медицинских грузов. Как показывают наши исследования, только 20,1±0,1% вызовов к пострадавшим при травмах и несчастных случаях обслуживаются реанимационными бригадами и БИТ даже в г. Саратове, поэтому указанные нарушения в оснащении бригад СМП ведут к значительному снижению качества оказываемой СМП.

Не менее важными являются и квалификационные проблемы оказания СМП. Прежде всего, это недостаточный уровень подготовки врачебного и фельдшерского персонала службы СМП в области сердечно-легочно-мозговой реанимации. Вместе с тем в районах области при доминировании фельдшерских бригад отсутствует должность врача-диспетчера в отделениях СМП, существенно затруднена координация деятельности фельдшерской бригады при оказании помощи столь тяжелой категории больных.

Прямым следствием указанных проблем является несоблюдение критериев безопасности транспортировки, к которым относятся нейровегетативная стабилизация, поддержание проходимости дыхательных путей, обеспечение адекватного газообмена, наличие надежного доступа

в сосудистое русло больного, поддержание кровообращения, обеспечение оптимального температурного режима.

Транспортировка, осуществленная без должного соблюдения критериев безопасности, может существенно ухудшить состояние пострадавших и привести к увеличению летальности.

Наконец, третья группа проблем — проблемы организационные. Для крупных населенных пунктов основное значение имеет госпитализация пострадавших по территориальному принципу. Лишь в случае крайней тяжести состояния пострадавшего бригады СМП доставляют пациента в ближайший многопрофильный стационар. Вместе с тем соблюдение критериев безопасности транспортировки позволяет госпитализировать пострадавшего в отдаленный стационар, оснащенный в соответствии с потребностями в специализированной помощи [2–4].

Значительно обостряет эту проблему и субъективизм в диагностике наличия повреждений, отсутствие использования в работе СМП алгоритмов оценки тяжести состояния больного, а также каналов оперативной связи и объективизации передаваемой информации. В результате вопросы госпитализации остаются в компетенции врача бригады СМП или старшего врача смены. Возникновение же в процессе оказания медицинской помощи потребности в проведении специализированных, но не доступных в данном стационаре лечебно-диагностических мероприятий затягивает оказание необходимого объема медицинской помощи и способствует ухудшению качества помощи и увеличению летальности.

Не меньшее количество проблем отмечается и при оказании медицинской помощи больным с сочетанной травмой, поступающим в ЦРБ первого-второго уровня, консультативными бригадами отделения ЭиПКП (санитарной авиации).

Было проанализировано 1890 вызовов к больным с тяжелой сочетанной травмой, выполненных консультантами отделения ЭиПКП в 1993–2002 гг. Учитывая родство этой службы со службой СМП, можно отметить и некоторое тождество проблем, затрудняющих их функционирование.

Материально-технические проблемы консультативной службы проявляются несоответствием оборудования ее автотранспорта уже упомянутому Приказу МЗ РФ № 100. В настоящее время в службе ЭиПКП области имеется лишь один автомобиль, оборудованный в соответствии с требованиями этого приказа.

Важнейшей организационной проблемой службы ЭиПКП является то, что к больным с политравмой в ЦРБ первого-второго уровня чаще всего вызывают только профильных специалистов, без анестезиолога-реаниматолога. С участием анестезиолога-реаниматолога за указанные 10 лет было обслужено только 757 (40,1%) вызовов к больным с тяжелой сочетанной травмой. В результате деятельность консультантов хирургического профиля сводится лишь к обеспечению диагностического и интраоперационного процессов. Отсутствие навыков транспортировки больных в критическом состоянии у консультантов хирургических специальностей, наряду с проблемами оснащения автотранспорта, приводят к сохранению понятия «нетранспортабельности» пациентов вследствие невозможности соблюдения критериев безопасности транспортировки, задержке с переводом в крупный многопрофильный стационар и к ухудшению качества оказания медицинской помощи.

Если отказ от понятия нетранспортабельности при оказании анестезиолого-реанимационной помощи в родовспоможении привел к уменьшению времени оказания необходимого объема помощи и перевода на вышестоящие этапы на 22,9%, то аналогичный временной показатель при оказании консультативной помощи больным с политравмой остается, начиная с 1995 г., практически неизменным, достигая 10 ч. 31 мин ± 39 мин.

Для решения указанных проблем оказания скорой медицинской помощи и межстационарной транспортировки больных с тяжелой сочетанной травмой необходимо проведение комплекса указанных ниже мероприятий.

На догоспитальном этапе оказания СМП необходимо:

1. Приведение оснащения выездных бригад, в том числе средств связи, в соответствии с Приказом МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г.

2. Усиление подготовки врачей и фельдшеров выездных бригад в области сердечно-легочно-мозговой реанимации на соответствующих базах факультетов и институтов повышения квалификации и училищ повышения квалификации среднего медицинского персонала.

3. Введение в отделениях СМП ЦРБ должности врача-диспетчера.

4. Внедрение алгоритмов оценки тяжести состояния пострадавших и отказ от госпитализации пациентов по территориальному принципу с переходом на госпитализацию по потребности в специализированной медицинской помощи.

На этапе межстационарной транспортировки, выполняемой бригадами отделения ЭиПКП, необходимо:

1. Приведение оснащения транспорта бригад в соответствии с Приказом МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г.

2. Выезд к больным с политравмой бригад отделения ЭиПКП только с анестезиологом-реаниматологом для обеспечения качественной транспортировки в крупные многопрофильные ЛПУ.

3. Отказ от понятия нетранспортабельности, соблюдение критериев безопасности транспортировки.

Соблюдение указанных мер позволит повысить своевременность оказания медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме, улучшить ее качество и снизить летальность.

Литература

1. *Нейрохирургическая служба Российской Федерации: Информационное письмо.* — СПб.: НИИ нейрохирургии им.А.Л.Поленова, 2000. — 9 с.
2. *Рябов Г.А., Семенов В.Н., Руденко М.И. и др. Анестезиолого-реанимационные аспекты и проблемы медицины катастроф // Воен.-мед. журн.* — 1990. — № 4. — С. 46-49.
3. *Шаховец В.В., Кашеваров А.Д., Сидельников А.И., Елохин А.И. Оценка эффективности оказания медицинской помощи населению при катастрофах // Воен.-мед. журн.* — 1991. — № 7. — С. 53-55.
4. *Haas N.P., Hoffman R.F., Mauch C. The management of polytraumatized patients in Germany // Clin. Orthop.* — 1995. — Vol. 318, № 9. — P. 25-35.

Поступила в редакцию 07.02.2004 г.

УДК614.8(470+571):552/553

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ТРАВМАТИЗМ НА УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РОССИИ

Ф.З.Галимуллин

Отдельный военизированный горноспасательный отряд, Воркута, Россия

© Ф.З.Галимуллин, 2004 г.

Производственный травматизм в угольной промышленности как по частоте случаев, так и по тяжести повреждений и количеству смертельных исходов остается очень высоким. Анализ производственного травматизма 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.

Несмотря на значительное снижение общего травматизма в угольной промышленности России (в 1994 г.— 16 695 случаев, в 2002 г.— 5094 случая), количество травм со смертельным исходом остается высоким. Так, в 1994 г. погибли 292 человека, в 1995 г.— 281, в 1996 г.— 183, в 1997 г.— 288, в 1998 г.— 183, в 1999 г.— 141, в 2000 г.— 170, в 2001 г.— 132, в 2002 г.— 85.

Особую специфику имеют предприятия, находящиеся в условиях Севера. Частота травматизма и травматизма со смертельным исходом по ОАО «Воркутауголь» Печорского бассейна на протяжении многих лет остается более высокой, чем в среднем по России.

В среднем за последние 10 лет на 100 000 работающих на шахтах угольной промышленности России приходилось от 36 до 88 случаев травм с летальными исходами. По ОАО «Воркутауголь» Печорского бассейна на 100 000 всех работающих приходилось травм с летальным исходом от 168,8 случаев в 1998 г. до 23,8 случаев в 2003 г.

С учетом этого исследование состояния здоровья и, особенно, производственного травматизма у работающих на шахтах в заполярных регионах России является очень актуальным.

За последние 10 лет добыча угля имеет четкую тенденцию к снижению: по всей угольной отрасли России с 112,3 млн тонн до 89,0 млн тонн, по ОАО «Воркутауголь» — с 16,3 млн тонн до 12,3 млн тонн. Несмотря на общий спад производства, уровень травматизма, и в первую очередь, со смертельным исходом практически не снижается.

В расчете на 1 млн тонн добытого угля травматизм со смертельным исходом в целом по угольной промышленности России составил

в 1994 г.— 1,07, в 1995 г.— 1,03, в 1996 г.— 0,74, в 1997 г.— 1,37, в 1998 г.— 0,78, в 1999 г.— 0,57, в 2000 г.— 0,67, в 2001 г.— 0,52, в 2002 г.— 0,34. По ОВУ Печорского бассейна каждый миллион тонн добытого угля в различные годы сопровождается травматизмом со смертельным исходом от 0,53 до 3,8 случаев: в 1986 г.— 0,53, в 1987 г.— 0,72, в 1988 г.— 0,69, в 1989 г.— 0,67, в 1990 г.— 1,1, в 1991 г.— 1,15, в 1992 г.— 0,67, в 1993 г.— 1,15, в 1994 г.— 1,03, в 1995 г.— 1,6, в 1996 г.— 1,14, в 1997 г.— 0,88, в 1998 г.— 3,87, в 1999 г.— 0,66, в 2000 г.— 1,7, в 2001 г.— 0,77, в 2002 г.— 0,68. Максимальный травматизм со смертельным исходом зафиксирован в 1998 г.— 3,8.

Таким образом, состояние промышленной безопасности и противоаварийной устойчивости угольных предприятий России за последние 10 лет нельзя оценить как удовлетворительное, о чем свидетельствует рост производственного травматизма и, в первую очередь, со смертельным исходом.

Отсутствие государственной политики в отношении Крайнего Севера, сложное социально-экономическое положение северных регионов и увеличение числа пострадавших от непродуманности реформ привело к значительному повышению производственного травматизма со смертельным исходом и к одновременному снижению добычи угля.

Известно, что изменение производственного травматизма может происходить как за счет изменения занятости, так и за счет повышения безопасности. Закрытие шахт с опасными условиями труда должно приводить к уменьшению производственного травматизма. Так как задача повышения безопасности труда при осуществлении реструктуризации угольной промышленности практически не ставилась, снижение производственного травматизма за последние 10 лет в основном было достигнуто за счет уменьшения занятости.

В соответствии с «Основными положениями Энергетической стратегии России на период до 2020 года» планируется увеличить объем добычи

угля до 450 млн тонн. Для этого потребуется в указанный период обеспечить прирост производственных мощностей предприятий угольной отрасли на 250 млн тонн угля в год, т. е. в два раза повысить добычу угля. Добиться таких значительных результатов при существующем уровне производства, без повышения травматизма, в том числе и со смертельным исходом, невозможно.

Основными направлениями по снижению травматизма в угольной промышленности должны стать не только модернизация действующих и строительство новых и безопасных шахт, но и усиление службы реанимационно-противо-

шоковых групп ВГСЧ, зарекомендовавших себя за двадцатилетний период работы только с полсительной стороны.

Значительной части трудовых потерь в результате производственных травм в угледобывающей промышленности можно избежать при решении социально-политических, экономических, производственных, экологических и медицинских проблем. Решение этих задач должно быть положено в основу государственной политики охраны здоровья шахтеров.

Поступила в редакцию 03.06.2003 г

УДК 615.835.5:616.248:614.88

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РАМКАХ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА» В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.В. Чубатов, М.С. Белоусова, А.З. Баймурзина

Городская станция скорой медицинской помощи, г. Челябинск, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Бронхиальная астма (БА) — одно из наиболее распространенных в мире заболеваний, которым страдают 4–10% населения.

Неотложные состояния у больных с БА являются частой причиной вызовов бригады СМП. В структуре вызовов по разным регионам России доля БА составляет от 4% до 7%. Общеизвестен факт, что заболевание наиболее характерно для крупных промышленных городов с неблагоприятной экологической обстановкой.

На рисунке приведены данные обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП) больных с БА в трех крупных промышленных центрах РФ.

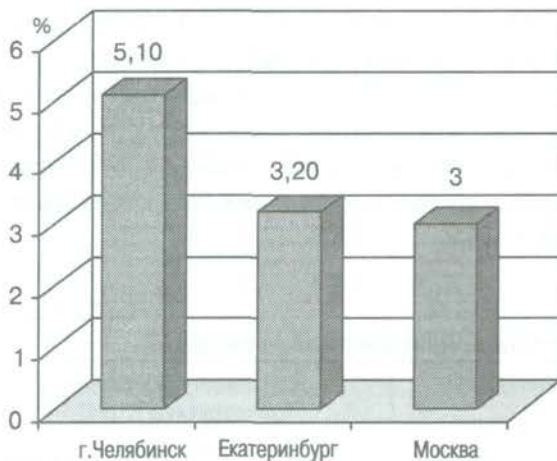


Рисунок. Количество вызовов к больным с бронхиальной астмой в общей структуре вызовов бригад скорой медицинской помощи.

Международные и общероссийские рекомендации не могут быть достаточно эффективными, если они не адаптированы к местным условиям. В связи с этим в последние годы в ряде городов, где эта проблема наиболее актуальна, принимаются городские программы по лечению БА, включающие в себя все этапы оказания медицинской помощи. Так, в Екатеринбурге в 1997 г. принята городская программа «Бронхиальная астма. Неотложная помощь», в г. Челябинске аналогичная программа действует с 2001 г.

На обращаемость за СМП влияют три фактора: — уровень заболеваемости БА;

— качество и эффективность амбулаторно-поликлинического лечения;

— качество оказания СМП.

Для более эффективного оказания СМП, администрацией Городской станции ССМП г. Челябинска были приобретены 60 небулайзеров компрессорного типа, что позволило обеспечить ими 74% бригад СМП.

Всего с января 2001 г. по май 2002 г. проведено 3150 ингаляций лекарственных средств с помощью небулайзеров. Для купирования приступа использовались стандартные бронхоспазмолитики (беродуал, атровент) и пульмикорт.

Целью работы явилось изучение эффективности применения небулайзерной терапии (НТ) в условиях оказания СМП на догоспитальном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 540 карт вызовов СМП (262 взрослых и 278 детей).

Учитывались следующие показатели:

- наличие клинически выраженной ХОБЛ в анамнезе;
- возраст больного;
- степень тяжести приступа;
- эффективность изолированного применения НТ для купирования приступа БА;
- количество случаев, потребовавших госпитализации.

Для выявления степени зависимости эффективности НТ от наличия у пациентов ХОБЛ были выделены 2 категории взрослых больных:

- с клинически выраженной ХОБЛ;
- с отсутствием ХОБЛ.

Оценка эффективности небулайзерной терапии производилась с учетом степени тяжести приступа. Клинически оценивали объем и эффективность бронхоспазмолитической терапии в течение последних 4–6 часов; частоту дыхания; ЧСС и артериальное давление; участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; разговорную речь; цвет кожного покрова; сознание; данные аускультации; длительность приступа на момент прибытия бригады СМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

и приводит к замедлению фармакодинамического ответа;

— психоэмоциональными факторами (состоявшейся у ряда больных стереотипной пси

Эффективность изолированного применения небулайзерной терапии показана в табл. 1 и 2.

Таблица

Эффективность изолированного применения небулайзерной терапии у взрослых

Число больных	Тяжесть приступа у пациентов с ХОБЛ			Тяжесть приступа у пациентов с отсутствием ХОБЛ		
	легкий	средней тяжести	тяжелый	легкий	средней тяжести	тяжелый
Всего	17	98	16	23	90	17
С эффектом от лечения, абс. число	8	25	2	18	34	—
%	47,0	25,5	12,5	78,3	37,8	—
Итого	8	25	2	18	31	—

Таблица

Эффективность изолированного применения небулайзерной терапии у детей

Число больных	Тяжесть приступа		
	легкий	средней тяжести	тяжелый
Всего	96	151	31
С эффектом от лечения, абс. число	96	140	3
Итого	100	92,7	9,7

Как видно из табл. 1 и 2, эффективность НТ была наибольшей у больных в возрасте до 15 лет, с легким и среднетяжелым течением приступа БА. В других группах значительному числу пациентов потребовалось дополнительное внутривенное введение эуфиллина и (или) системных глюкокортикостероидов.

логической установкой на купирование приступа с помощью внутривенной инъекции).

Часть больных после проведенного лечения была госпитализирована в связи с отсутствием устойчивой стабилизации состояния а также с целью наблюдения или обследования (табл. 3 и 4).

Таблица

Госпитализация взрослых после проведения небулайзерной терапии

Число больных	Тяжесть приступа у пациентов с ХОБЛ			Тяжесть приступа у пациентов с отсутствием ХОБЛ		
	легкий	средней тяжести	тяжелый	легкий	средней тяжести	тяжелый
Всего	17	98	16	23	90	17
Госпитализированы, абс. число	4	12	8	1	8	9
%	23,5	12,2	50	4,3	8,9	52,9

Низкая эффективность изолированного применения НТ у людей с клинически выраженной ХОБЛ может быть обусловлена следующими факторами:

— суммацией эффекта (при предшествующей вызову СМП терапии β_2 -агонистами) и феноменом «замыкания» легких в результате передозировки селективных адреномиметиков;

— снижением мощности вдоха и выраженной обструкцией мелких бронхов, что затрудняет контакт аэрозоля со слизистой оболочкой

Повышение эффективности обучения больных современным методам самопомощи и активное внедрение новых методов лечения на догоспитальном этапе в рамках Городской программы «Бронхиальная астма» позволит снизить обращаемость больных за экстренной медицинской помощью на 35% и получить экономический эффект в размере 1 450 000 руб. в год (при средней стоимости вызова 358 руб.).

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

Таблица 4

Госпитализация детей после проведения небулайзерной терапии

Число больных	Тяжесть приступа у пациентов с ХОБЛ		
	легкий	средней тяжести	тяжелый
Всего	96	151	31
Госпитализированы, абс. число	9	71	31
%	9,4	47,0	100

— наибольшая эффективность НТ в условиях СМП была отмечена у больных, не имеющих признаков ХОБЛ, с легким и среднетяжелым течением приступов БА и с небольшой длительностью заболевания;

— у людей с клинически выраженной ХОБЛ эффективность изолированного применения НТ в условиях СМП невысока.

В случаях тяжелого течения приступа на догоспитальном этапе целесообразно использование НТ в качестве компонента комплексной терапии.

У детей эффективность изолированного применения НТ значительно выше, что связано с отсутствием ХОБЛ и преобладанием легкой и средней степени тяжести приступа.

Поступила в редакцию 07.06.2003 г.

ИНФОРМАЦИЯ

РЕЗОЛЮЦИЯ ПЯТОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2004»

Задачи по модернизации здравоохранения, поставленные Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным, особенно актуальны в сфере оказания скорой медицинской помощи, имеющей большое медицинское и социальное значение.

Постоянно возрастающая потребность в оказании экстренной медицинской помощи обуславливает необходимость повышения ее материально-технических и кадровых ресурсов, а значит и постоянного увеличения финансирования. Поэтому «разработка стандартов медицинских услуг — по применяемым лекарствам, процедурам и качеству их оказания» имеют определяющее значение для развития службы скорой медицинской помощи в нашей стране.

Вопросы стандартизации оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапе обсуждались на всех всероссийских конференциях по скорой медицинской помощи, проводимых Министерством здравоохранения Российской Федерации с 2000 г.

В 2001 г. после 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 и апробации на ведущих станциях скорой медицинской помощи страны МЗ РФ были утверждены «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» — стандарты услуг в этой сфере медицинской деятельности.

На настоящее время эти рекомендации являются наиболее апробированными в клинической практике и известными специалистам скорой медицинской помощи нашей страны.

К 2004 г. выпущено второе дополненное издание вышеуказанных рекомендаций и подготовлено их продолжение: «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям» и «Рекомендации по оказанию скорой медицинской

помощи в отделениях экстренной помощи многопрофильных стационаров», которые подробно обсуждались на конференции.

Подготовка этих новых рекомендаций не только расширяет сферу применения предшествующих, но и позволяет создать единую технологическую цепь в оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапе.

Концептуальной основой этих рекомендаций, как было отмечено ранее, остается представление о скорой медицинской помощи как о сложной системе взаимосвязанных элементов: станций СМП, стационаров СМП, учреждений по подготовке и переподготовке кадров для СМП, научно-исследовательских институтов скорой медицинской помощи.

Участники конференции считают, что такой подход к стандартизации оказания экстренной медицинской помощи представляется наиболее конструктивным и рациональным, заслуживает всеобщей поддержки как со стороны центральных, так и местных органов здравоохранения.

Внедрению указанных стандартов в широкую клиническую практику, повышению эффективности их использования для лечения и оценки качества оказания скорой медицинской помощи, призвана содействовать организованная на конференции Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи».

Эту же задачу следует считать приоритетной для редакционной коллегии российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь», работа которой обсуждалась на конференции и получила высокую оценку.

Участники конференции вновь отметили, что количество научных исследований по скорой медицинской помощи не имеет тенденции к увеличению в связи с отсутствием соответствующей научной специальности, обратили внимание на необходимость усиления научно-технического сопровождения скорой медицинской помощи.

В связи с вышеизложенным участники конференции считают необходимым:

1. Принять второе издание «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» в качестве всероссийских стандартов медицинских услуг по применяемым лекарствам, процедурам и качеству в сфере оказания скорой медицинской помощи взрослому населению на догоспитальном этапе.

2. Рекомендовать общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» утвердить в качестве всероссийских стандартов оказания скорой медицинской помощи взрослому населению на догоспитальном этапе второе издание «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» (2004).

3. В Московском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе провести рецензирование, а на ведущих станциях скорой медицинской помощи Российской Федерации — клиническую апробацию «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи детям».

4. В Московском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе провести рецензирование, а в ведущих отделениях экстренной помощи многопрофильных стационаров — клиническую апробацию «Рекоменда-

ций по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи многопрофильных стационаров».

5. Редколлегии российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь» обеспечить широкое обсуждение результатов клинической апробации вышеупомянутых рекомендаций на страницах журнала.

6. Общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» с учетом результатов клинической апробации, рецензирования и обсуждения утвердить вышеупомянутые рекомендации в качестве всероссийских стандартов оказания скорой медицинской помощи детям и стандартов оказания скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи многопрофильных стационаров.

7. Просить руководящие органы здравоохранения Российской Федерации обратиться в соответствующие инстанции с предложением включить в перечень научных специальностей специальность «Скорая медицинская помощь».

8. Одобрить деятельность редакционной коллегии и редакционного совета российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь».

9. Одобрить создание общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи».

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕДИТЕЛЬНОМ СЪЕЗДЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2 июня 2004 г. в Санкт-Петербурге состоялся Учредительный съезд Российского общества скорой медицинской помощи.

В работе съезда приняли участие 98 врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи (из них 53 делегата с правом решающего голоса от

региональных отделений Российского общества скорой медицинской помощи). На съезд были представлены протоколы собраний 55 региональных отделений с решением о создании общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи»:

Астрахани	Красноярска	Северска
Белгорода	Кызыла	Сочи
Биробиджана	Липецка	Ставрополя
Братска	Магадана	Тольятти
Брянска	Махачкалы	Томска
Великого Новгорода	Москвы	Тулы
Владивостока	Мурманска	Тюмени
Владимира	Невинномысска	Улан-Удэ
Волжского	Нижнего Новгорода	Уссурийска-12
Воркуты	Новокузнецка	Уфы
Воронежа	Новосибирска	Хабаровска
Выборга	Омска	Ханты-Мансийска
Екатеринбурга	Орла	Чебоксар
Иваново	Петрозаводска	Челябинска
Йошкар-Олы	Пскова	Череповца
Казани	Ростова-на-Дону	Читы
Калининграда	Санкт-Петербурга	Ярославля
Каменск-Шахтинского	Саранска	
Краснодара	Саратова	

В связи с наличием полномочных представителей региональных отделений более чем от половины субъектов Российской Федерации на съезде было учреждено Российское общество скорой медицинской помощи.

Президентом Российского общества скорой медицинской помощи избран проф. А.Г.Мирошников, вице-президентом — проф. Е.А.Евдокимов, ответственным секретарем общества — В.А.Федотов, научным секретарем общества — проф. В.В.Руксин.

В состав правления общества также вошли все председатели его региональных отделений, присутствующие на съезде.

Проведены выборы ревизионной комиссии общества, председателем которой избрана В.М.Шайтор.

Съезд поручил Правлению общества:

— в соответствии с законодательством Российской Федерации провести государственную

регистрацию Российского общества скорой медицинской помощи;

— избрать Президиум общества;

— организовать и провести клиническую апробацию «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи детям»;

— организовать и провести клиническую апробацию «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи многопрофильных стационаров»;

— обеспечить публикацию материалов учредительного съезда в российском научно-практическом журнале «Скорая медицинская помощь».

Съезд обсудил и принял в качестве стандартов Всероссийской общественной организации по оказанию скорой медицинской помощи взрослым на догоспитальном этапе 2-е переработанное и дополненное издание «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации» (2004).

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

УДК 615.47

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕХНИЧЕСКОЙ ОСНАЩЕННОСТИ И ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ФИРМЫ «ТМТ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С.А.Климанцев, А.А.Бойков, Ю.М.Михайлов, В.В.Андреев

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,**Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург,**Станция скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия*

© Коллектив авторов, 2004 г.

Техническая оснащённость бригад скорой медицинской помощи является важным компонентом обеспечения эффективного оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Как показывает практика, технические средства диагностики, замещения и контроля витальных функций, наряду с уровнем подготовки медицинского персонала и лекарственного обеспечения, влияют на течение и исход заболевания или повреждения и последующее качество жизни пациента.

Оценка качества оказания скорой медицинской помощи показывает, что медицинские работники линейных врачебных и фельдшерских бригад даже при наличии показаний неоправданно редко используют аппараты для вспомогательной и искусственной вентиляции легких, ингаляционного наркоза.

Необходимую теоретическую подготовку по применению указанной аппаратуры имеют 68,9% персонала. Из них 17,4% не используют имеющуюся медицинскую технику из-за отсутствия или недостаточного практического опыта работы с ней. 6,3% из числа опрошенных не смогли указать причину отказа от применения технических средств, а в 1,1% случаев медицинские работники указали, что этого «не требует» руководитель медицинского учреждения. Значительная часть респондентов (75,2%) отметили недоверие к техническому состоянию аппаратуры, мотивируя отказ от ее применения опасением возникновения осложнений и увеличения общего времени оказания помощи. Среди причин были названы такие, как сложная технология применения, значительная масса, невозможность использования вне салона автомашины и быстрой замены источника газа или необходимость наличия других

устройств (преобразователя, зарядного устройства), отсутствие собственной системы безопасности и контроля аппаратуры.

Изучение технического состояния аппаратов ИВЛ и ингаляционного наркоза показало, что полностью исправными оказались не более половины из них (49%), т. е. подтвердилась взаимосвязь между отказом от применения аппаратуры медицинским персоналом и ее техническим состоянием.

Техническое состояние аппаратуры в значительной степени зависело от различных факторов, в первую очередь, от собственных технических свойств изделий: устойчивости к механическим повреждениям и различным нагрузкам, надежности элементной базы, массы. Во вторую очередь, от условий ее эксплуатации: способа крепления в салоне машины скорой помощи, типа медицинского транспортного средства и качества дорожного покрытия, климатических, метеорологических условий эксплуатации, возможности своевременного технического осмотра, ремонта, соблюдения сроков и режимов использования.

Использование технических средств медицинскими работниками ставилось в зависимость от надежности, эффективности, портативности, универсальности, технологии применения и доступности аппаратуры. Эти критерии послужили основой для разработки и внедрения новой медицинской техники, предназначенной в первую очередь для догоспитального этапа. Значительных успехов в этом достигла российская фирма «ТМТ», разработавшая две модели аппаратов ИВЛ и ингаляционного наркоза.

После получения необходимых разрешительных документов для дальнейшего совершенствования этих аппаратов в 2001 г. в условиях реани-

Таблица 1

Сравнение технико-экономических показателей А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» и аналогов

Наименование показателя и единицы измерения	Значения технико-экономических показателей				
	лучшие отечественные и зарубежные промышленно освоенные объекты техники аналогичного назначения (страна, фирма, модель, год освоения)			объект по стандарту или ТУ	объект разработки (производства, аттестации)
	предшествующего поколения		на данный момент времени		
	отечественного	зарубежного	«РЕАТ-01-СП»	А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ»	
	Россия «ДАР-03» 1986 г.	Англия «рнеuРАС» 1981 г.			
1. Показатели назначения					
1.1. Минутная вентиляция	5-20	7,3-15,8	3-20	3-20	3-20 (0,7-6 ИВЛ дети)
1.2. Частота дыхания, л/мин	10-30	11,5-31	10-60	10-30	10-80
1.3. Соотношение продолжительности вдоха и выдоха	1 : 2	1 : (1,6-4) зависимое от частоты	1:2-0,5	1 : (1,5-2)	1 : 2-0,5
1.4. Концентрация кислорода в кислородно-воздушной смеси, %	40±5	100	50±5	—	50±5
1.5. Максимальное рабочее давление, кПа	6	4 и 6	6	3-8	5
1.6. Расход газа во время ИВЛ при вентиляции 10 л/мин и частоте 15/мин, л/мин	5	11,4	4	—	4
1.7. Давление питания, кгс/см ²	2-4	2,5	2-5	—	2-5
1.8. Противодействие выдоху, см вод. ст.	0-15 регулируемое	4 или 8 фиксированное	5-15 регулируемое	—	5-15 регулируемое
1.9. Наличие режима ВВЛ для взрослых и детей	—	—	—	—	Имеется
2. Показатели надежности					
2.1. Средняя наработка на отказ	2 000 000 ч.	2000 ч.	Не менее 2 500 000 ч.	1 000 000 ч.	Не менее 2 500 000 ч.
2.2. Установленный срок службы аппарата, лет	2	—	—	—	—
2.3. Средний ресурс, лет	—	—	4	—	5
3. Показатели эргономики					
3.1. Габаритные размеры аппарата в полном комплекте поставки, мм	530×310×320	300×300×625	235×150×425	—	248×233×100
3.2. Масса аппарата в полном комплекте поставки, кг	16	8	8	—	7
3.3. Уровень шума, дБА	<63	—	<63	<63	<63
3.4. Наличие держателя: для носилок	—	—	—	—	—
	Для одного типа носилок	—	Для любых типов носилок	—	—
для каталок	—	—	Имеется	—	—
3.5. Наличие устройства крепления узлов дыхательного контура	—	—	Имеется	—	Имеется
3.6. Наличие устройства для переноски аппарата и защиты баллона	—	—	Имеется	—	Имеется

Таблица 2

Сравнение технико-экономических показателей АппСП-01-«ТМТ» и аналогов

Наименование показателя и единицы измерения	Значения технико-экономических показателей				
	лучшие отечественные и зарубежные промышленно освоенные объекты техники аналогичного назначения (страна, фирма, модель, год освоения)			объект по стандарту или ТУ	объект разработки (производства, аттестации)
	предшествующего поколения		на данный момент времени		
	отечественного	зарубежного			
	Россия «АН-8»	Англия «pneuPAC110»	Словакия «FA-8»	АНпСП-01-«ТМТ»	
1. Показатели назначения					
1.1. Максимальный дозируемый расход газов, л/мин, не менее:					
кислорода	10	10	10	10 (12)	10
закиси азота	10	10	10	10	10
1.2. Экстренная подача кислорода в обход смесителя, л/мин:					
не менее	45	50	35	45	45
не более			75	75	75
1.3. Давление питания O ₂ , NO ₂ , МПа (кг/см ²)	0,4 (4,0)	0,4 (4,0)	0,4±0,1 (4,0±1,0)		0,2-0,5 (2,0-5,0)
1.4. Максимальное безопасное давление, кПа (см вод. ст.)			8 (80)	3-8 (30-80)	5±0,5 (50±5)
1.5. Независимая регулировка расхода и концентрации газов в дыхательной смеси	—	—	—	—	+
1.6. Автоматическая блокировка закиси азота в отсутствие подачи кислорода	—	—	—	+	+
1.7. Индикация пониженного давления O ₂	—	—	+	—	—
2. Показатели надежности					
2.1. Средняя наработка на отказ, ч				2000	2000
2.2. Средний срок службы до среднего ремонта (лет), не менее				2	5
3. Показатели эргономики					
3.1. Габаритные размеры аппарата, мм		36×310×470	420×420×170		195×113×260
3.2. Масса аппарата, кг	12 (с баллонами)	4,0	13,5		2,2
3.3. Уровень шума, дБА	<63	<63	<63	<63	<63

мационно-хирургической бригады городской станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга были проведены медицинские испытания аппарата ИВЛ А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» и аппарата для проведения ингаляционного наркоза АНпСП-01-«ТМТ». Аналогичные испытания проводились в других медицинских и технических учреждениях РФ. В результате оба аппарата получили сертификаты соответствия и были внесены в государственный реестр серийно выпускаемых медицинских изделий.

При проведении медицинских испытаний адекватность вентиляции легких оценивали на основании комплекса клинических признаков, измерении величины артериального давления (АД), мониторинга частоты и ритмичности сердечных сокращений, контроля структуры ритма сердца, насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом SO₂ (пульсоксиметрия). При оказании скорой медицинской помощи в случаях тяжелой сочетанной автотравмы, катотравмы, при ожогах, коматозных состояниях ап-

параты «ТМТ» были применены у 68 больных (56 раз у взрослых в возрасте от 18 до 72 лет и 12 раз у детей в возрасте от 6 до 11 лет). Технические и технологические проблем и осложнений при применении аппаратов «ТМТ» не отмечено.

Аппарат А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» предназначен для проведения управляемой и вспомогательной вентиляции легких кислородо-воздушной смесью взрослых и детей. Аппарат АНпСП-01-«ТМТ» применяется для проведения ингаляционного наркоза смесью кислорода и закиси азота у взрослых и детей старше 6 лет.

Оба аппарата изготовлены на современной элементной базе, позволяющей значительно увеличить их ресурс и надежность. Основные сравнительные характеристики приведены в табл. 1 и 2, из которых следует, что аппараты А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» и АНпСП-01-«ТМТ» отвечают основным требованиям, предъявляемым к изделиям медицинского назначения этого ти-

па. Кроме того, эти аппараты универсальны в применении, имеют систему активной и пассивной безопасности. Возможность немедленного начала применения, простой алгоритм использования позволяют оснащать ими фельдшерские бригады. В аппаратах реализованы требования, предъявляемые к техническим средствам для оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Надежность, качество, эффективность и безопасность применения этих аппаратов послужили основными критериями при принятии решения об оснащении аппаратами фирмы «ТМТ» 82 бригад Городской станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга и станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского университета им. акад. И.П.Павлова.

Таким образом, первый опыт использования аппаратов «ТМТ» позволяет рекомендовать их для применения на догоспитальном этапе.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 614.88:616.2

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОРАЖЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

И.В.Шлык, К.М.Крылов, Д.А.Козулин

НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

По данным литературы, сочетание поражения дыхательных путей и кожных покровов встречается примерно в 30% случаев тяжелой ожоговой травмы. Сохраняющийся высокий уровень летальности у этой категории пострадавших (до 50% и выше) обуславливает интерес к проблеме диагностики и лечения поражений дыхательных путей у обожженных, в том числе и на догоспитальном этапе [1].

Основными повреждающими факторами, воздействующими на респираторный тракт, являются высокая температура вдыхаемого воздуха и продукты горения, попадающие в трахею

Таким образом, в зависимости от ведущего этиологического фактора может возникать термическое поражение, как правило, локализующееся в пределах верхних дыхательных путей, либо токсикохимическое или термохимическое поражение, нередко всего респираторного тракта. Последние являются наиболее тяжелым видом ингаляционной травмы, которое развивается под действием токсичных химических соединений, вдыхаемых вместе с дымом и распространяющихся, как правило, на весь респираторный тракт.

Состав дымового газа и характеристика токсичных продуктов горения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика токсичных продуктов горения (Voeltz P., 1995)

Газ	Материалы	Действие
СО	Все органические вещества	Тканевая гипоксия, кома
СО ₂	Все органические вещества	Ацидоз, наркоз
NO ₂	Обои, древесина, целлулоид	Бронхоспазм, отек легких, сопор
СОСl, HCl	Кабельная изоляция	Трахеобронхит, бронхиолит
HCN	Шерсть, шелк, полиуретан	Тканевая гипоксия, кома
Бензолы	Пластмассы	Бронхоспазм, пневмонии, кома
Альдегиды	Древесина, хлопок, бумага	Трахеобронхит, бронхиолит, пневмония

и бронхи при нахождении пострадавшего в задымленном помещении [2, 3].

Следует отметить, что взгляды на патогенез повреждения дыхательных путей при ингаляционной травме за последние десятилетия претерпели существенные изменения. Долгое время бытовало мнение о локальном поражении верхних дыхательных путей, так как голосовые связки под действием горячего воздуха рефлекторно смыкаются [4, 5]. Однако после внедрения в диагностический процесс фибробронхоскопии появились сообщения о ведущей роли продуктов горения, которые вызывают тяжелые и распространенные поражения дыхательной системы [6].

Как видно из данных, представленных в табл. 1, дымовой газ содержит вещества, которые способны вызывать не только местные поражения дыхательных путей и легочной ткани. По данным В.С.Иличкина (1993), системную интоксикацию организма вызывают СО, HCN, СО₂.

Твердодисперсная фаза дыма выполняет транспортную функцию по отношению к газообразным токсичным веществам, которые, проникая глубоко в дыхательные пути и образуя кислоты и щелочи при взаимодействии с эндогенной водой, вызывают химические ожоги слизистой оболочки дыхательных путей с развитием асептических воспалительных реакций. При тяжелых тер-

мохимических поражениях слизистой оболочки респираторного тракта механизмы локализации воспаления нарушаются. Результатом запуска каскада реакций системного воспалительного ответа становится повреждение альвеоло-капиллярной мембраны и, как исход, развитие респираторного дистресс-синдрома (РДСВ).

Таким образом, с современных позиций синдром ингаляционной травмы объединяет термическое и химическое поражение дыхательных путей и легочной ткани, которое нередко протекает с системной интоксикацией [3].

Основной причиной гибели пострадавших с поражением дыхательных путей и ожогами кожи в первые часы от моменты травмы является

бины ожогов кожи и тяжести поражения дыхательных путей.

$$\text{Индекс Франка (усл. ед.)} = S \text{ поверхностных ожогов (\%)} + 3 \times S \text{ глубокого ожога (\%)} + K,$$

где K — коэффициент тяжести ингаляционной травмы (ИТ):

при ИТ I ст. тяжести K = 10 усл. ед.

при ИТ II ст. тяжести K = 20 усл. ед.

при ИТ III ст. тяжести K = 30 усл. ед.

Выполнить подобные расчеты достаточно легко, что позволяет классифицировать ожоговый шок по степени тяжести и определить прогноз для жизни (табл. 2). Несмотря на то, что прогностическая ценность этого показателя невелика

Таблица 2

Прогностическая оценка тяжести ожоговой травмы [11]

Значение индекса Франка, усл. ед.	Тяжесть ожогового шока	Прогноз для жизни
20–55	Легкий	Благоприятный
56–100	Тяжелый	Сомнительный
Более 100	Крайне тяжелый	Неблагоприятный

гипоксия, развитию которой способствуют отравление окисью углерода, цианидами, а также ожоговый шок, дыхательная недостаточность на фоне отека гортани, обструкция дыхательных путей продуктами горения, фибрином и десквамированным бронхиальным эпителием, синдромом острого повреждения легких [8].

Необходимо отметить, что на догоспитальном этапе, как правило, сталкиваются с тремя основными причинами развития гипоксии — это отравление продуктами горения, ожоговый шок и дыхательная недостаточность на фоне обструкции верхних дыхательных путей. Вследствие этого объективная оценка тяжести пострадавшего и своевременное начало адекватной интенсивной терапии уже на догоспитальном этапе является чрезвычайно важной задачей.

Основными задачами, решаемыми при термонгаляционных поражениях на догоспитальном этапе, являются:

- оценка тяжести состояния пострадавшего;
- определение показаний к проведению и начало инфузионной терапии;
- определение показаний к проведению и начало респираторной поддержки.

Для оценки тяжести состояния пострадавшего используется интегральный показатель тяжести ожоговой травмы — индекс Франка [9], который рассчитывается с учетом площади и глу-

(частота совпадения реальных исходов с прогнозируемыми составляет 74%), по нашим данным [10], использование его на догоспитальном этапе как критерия оценки тяжести состояния пострадавшего целесообразно.

Объективным и наиболее достоверным способом диагностики и оценки тяжести поражения дыхательных путей является фибробронхоскопия. Поскольку этот метод диагностики доступен только на этапе оказания специализированной медицинской помощи, при первичном осмотре приходится пользоваться косвенными диагностическими признаками поражения дыхательных путей.

Заподозрить ингаляционную травму можно уже после прицельно собранного анамнеза. Косвенными диагностическими критериями поражения дыхательных путей могут служить данные клинического осмотра. Локализация ожогов на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, а также опаление волос носовых ходов, следы копоты в носоглотке могут свидетельствовать о поражении дыхательных путей.

Из предъявляемых жалоб следует обратить внимание на изменение голоса (дисфония, афония), кашель с мокротой, содержащей копоть, одышку, удушье.

По совокупности имеющихся симптомов и жалоб можно предположить преобладание од-

ного из повреждающих факторов, что важно для определения дальнейшей тактики.

К признакам преимущественно термического поражения дыхательных путей относятся опаление волос в носовых ходах, дисфония, инспираторная одышка, стридорозное дыхание.

Признаками преимущественно токсико-химического поражения дыхательных путей являются гиперемия конъюнктивы, наличие копоти в носовых ходах, ротоглотке, мокроте [12].

Лечебная тактика у обожженных с поражением дыхательных путей имеет определенные особенности. Прежде всего они касаются объема и состава инфузионной терапии, показаний к проведению искусственной вентиляции легких, профилактики возможных осложнений. Чрезвычайно важно также своевременное начало оказания помощи пострадавшему, так как отсрочка проведения инфузионной терапии увеличивает летальность в периоде ожогового шока.

Объем инфузионной терапии у обожженных рассчитывается исходя из площади ожогов кожи и массы тела с использованием формулы Паркланда. За первые 8 часов переливают половину рассчитанного объема, добиваясь устойчивого диуреза, составляющего не менее 1 мл/(кг·ч).

Формула Паркланда:

$$V \text{ мл раствора Рингера} = 4 \text{ мл} \times 1 \text{ кг массы тела} \times \text{площадь ожога (\%)}$$

Путем несложных математических вычислений можно рассчитать объем переливаемых кри-

сталлоидных растворов на догоспитальном этапе по формуле:

$$V \text{ мл} = 0,25 \text{ мл} \times 1 \text{ кг массы тела} \times \text{площадь ожога \%} \times \text{час}$$

Пострадавшим с ингаляционной травмой рекомендуется увеличивать объем вливаемых жидкостей на 40% от расчетного [1, 13].

По составу переливаемые растворы следует подбирать с учетом водно-электролитных нарушений, сдвигов кислотно-основного состояния и повышенных энергетических потребностей. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови рекомендуется использовать коллоидные растворы в объеме 5–7 мл/(кг·сут) [3]. Предпочтительнее использование свежемороженой плазмы, человеческого альбумина, но не ранее 8 часов от момента травмы [14].

Своевременное начало и адекватное проведение респираторной терапии у пострадавших с многофакторными поражениями оказывает положительное влияние на течение и исход ожоговой болезни. Показаниями для интубации трахеи и проведения искусственной вентиляции легких на догоспитальном этапе являются:

- отсутствие сознания;
- признаки дыхательной недостаточности (удушье, стридорозное дыхание),

Таким образом, своевременная первичная диагностика и оценка тяжести пострадавшего с комбинированной термической травмой, раннее начало адекватной интенсивной терапии, несомненно способствуют улучшению исходов лечения обожженных.

Литература

1. Lee-Chiong T.L., Jr. Smoke inhalation injury. When to suspect and how to treat // Postgrad. med.— 1999.— Vol. 105, № 2.— P. 55–62.
2. Head J.M. Inhalation injury in burns // Amer. Journ. surg.— 1980.— Vol. 139, № 4.— P. 508–512.
3. Voeltz P. Inhalations trauma // Unfallchirurg.— 1995.— Jg. 98, N. 4.— S. 187–192.
4. Боечко С.К., Родин В.И. Обструкция респираторного тракта при ожогах дыхательных путей // Мат. V Респ. науч. конф. «Патогенез и лечение острых периодов ожоговой болезни».— Киев, 1984.— С. 34–35.
5. Буглаев А.И., Катрушенко Р.И., Цуриков В.Н. Термические поражения органов дыхания, их диагностика и лечение на этапах медицинской эвакуации // Воен.-мед. журн.— 1982.— № 7.— С. 19–23.
6. Traber D.L., Herndon D.N. Pathophysiology of smoke inhalation injury // Respiratory injury: smoke inhalation and burns / Ed. E.F.Haponik, A.M.Munster.— N.-Y., 1990.— P. 61–73.
7. Иличкин В.С. Токсичность продуктов горения полимерных материалов.— СПб.: Химия, 1993.— 131 с.
8. Pallua N., Warbanow K., Machens H.-G. et al. Intrabronchial surfactantapplikation bei inhalationstraumatisiertent schwerbrandverletzten mit ARDS Erite Fallbrichte // Unfallchirurg.— 1997.— Jg. 100, N. 4.— S. 363–370.
9. Frank H. Der prognostische Index bei Verbrennungsverletzungen zur genaueren Kennzeichugen ihres Schweregrades und eines verlaslicheren statistischen Auswertbarkeit // Zbl. Chir.— 1960.— № 6.— S. 272–277.
10. Шлык И.В. Диагностика поражений дыхательных путей, прогнозирование исхода комбинированной

- термической травмы: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — 2000.
11. *Розин Л.Б., Баткин А.А.* Ожоговый шок // Вихриев Б.С., Бурмистров В.М. Ожоги: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — Л., 1986. — С. 51–52.
12. *Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х.* Ожоги у детей: Пер. с англ. — М., 1990. — 453 с.
13. *Sheulen J.J., Muster A.M.* Parcland formula in patients with burns and inhalation injury // *J. Trauma.* — 1982. — Vol. 22. — P. 869–871.
14. *Reper P., Dankaest R., van Hille F. et al.* The usefulness of combined high-frequency permissive ventilation during acute respiratory failure after smoke inhalation // *Burns.* — 1998. — Vol. 24, № 1. — P. 34–38.

Поступила в редакцию 03.03.2003 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

КАФЕДРА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра неотложной медицины СПбМАПО является единственной кафедрой в нашей стране, где осуществляется комплексная последипломная подготовка врачей по всем основным разделам неотложной медицины, включающим в себя вопросы кардиологии и других разделов терапии, экстренной хирургии, нейротравматологии, педиатрии, анестезиологии и реаниматологии, детоксикации и др.

Проводится обучение врачей скорой и неотложной помощи, амбулаторной и поликлинической сети, приемных и реанимационных отделений стационаров.

Возможно обучение врачей профильных (хирургических, кардиологических и др.) отделений стационаров. Кафедра проводит обучение в клинической ординатуре по специальностям:

«Скорая помощь», «Кардиология», «Неотложная хирургия», «Анестезиология и реаниматология».

В 2004 г. будут проводиться следующие циклы.

Скорая медицинская помощь. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для врачей скорой и неотложной помощи).

Сроки проведения: 06.09–12.10, 27.10–03.12.

Неотложная кардиология (для врачей-кардиологов специализированных бригад скорой медицинской помощи, отделений реанимации, поликлиник).

Сроки проведения: 27.10–22.11.

Кафедра проводит очно-заочные выездные циклы во все регионы России «Скорая помощь. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста» для врачей и фельдшеров.

Продолжительность очной части цикла — 3 недели. Цикл завершается выдачей сертификатов специалиста и удостоверений о повышении квалификации.

Выездные циклы проводятся на хоздоговорной основе.

Тел./факс кафедры неотложной медицины СПбМАПО: (812) 588-43-11;
электронная почта: taro@tail.lanck.net

ЮБИЛЕИ

УДК 616-082(470-25)

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. МОСКВЕ

И.С.Элькис, А.В.Вахрамеев, С.А.Зубов

Станция скорой и неотложной помощи, Москва, Россия

© Коллектив авторов, 2004 г.

Во времена самой глубокой древности у человека возникала потребность оказать помощь страждущему. Это чувство в его первоначальном виде существует и поныне. Принято считать, что самым массовым видом медицинской помощи больным или пострадавшим от несчастных случаев является скорая помощь.

В начале XIX века в оказании скорой медицинской помощи больным большую роль играли пожарные. Первую пожарную команду создал московский градоначальник граф Ф.В.Ростопчин. Эта команда с 1823 г. стала городским учреждением и вместе с полицейскими оказывала медицинскую помощь пострадавшим от несчастных случаев.

В 1826 г. доктор Ф.П.Гааз ходатайствовал «об учреждении в Москве особого врача для наблюдения, за организацию попечения о внезапно заболевших, нуждающихся в немедленной помощи». Но только в 1844 г. Ф.П.Газу удалось открыть в Москве по М. Казенному переулку больницу для приема поступающих «по внезапным случаям для пользования и оказания бесплатной помощи для лиц, подобранных на улице в бесчувственном состоянии».

Появление первой кареты скорой помощи на московских улицах можно отнести к 1898 г. До этого времени пострадавших, которые обычно подбирались полицейскими, пожарными, а иногда и извозчиками, доставляли в приемные покои при полицейских домах. Необходимый в таких случаях медицинский осмотр на месте происшествия отсутствовал. Часто люди с тяжелыми телесными повреждениями часами находились без надлежащей помощи в полицейских домах. Сама жизнь требовала создания карет скорой медицинской помощи.

Благодаря денежным средствам, выделенным потомственной почетной гражданкой и членом добровольного дамского общества купчихой Анной Ивановной Кузнецовой 28 апреля 1898 года

в Москве при Суцеском и Сретенском полицейских участках были открыты две первые Станции скорой помощи. На каждой Станции было по одной карете. Выезжали на них врач, фельдшер и санитар. Каждая карета была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием и перевязочным материалом.

13 июля 1898 г. в истории Москвы случилась первая катастрофа, обслуженная скорой помощью. На Иерусалимском проезде, в доме Суровцева, упала строящаяся каменная стена. Было девять пострадавших. Выезжали обе кареты. Всем пострадавшим была оказана первая помощь, пять из них были госпитализированы.

Следующий, 1899 год был ознаменован открытием еще трех станций при Лефортовском, Таганском и Якиманском полицейских участках. В январе 1900 г. при Пречистинском пожарном депо была создана шестая Станция скорой помощи. И последней, седьмой, стала Пресненская, вступившая в строй 15 мая 1902 г.

В 1903 г. было отмечено появление первой кареты для перевозки рожениц при приюте братьев Бахрушиных.

В 1908 г. в Москве создается Добровольное общество скорой медицинской помощи, которым была выпущена брошюра «Несчастные случаи и подача помощи потерпевшим при них, Станция скорой помощи, их задачи, устройство и деятельность», по существу, это был первый сборник для практических врачей по организации и оказанию экстренной медицинской помощи.

В 1912 г. доктором В.П.Поморцовым была разработана конструкция городской кареты скорой медицинской помощи. Это был комбинированный тип экипажа как для скорой, так и для хирургической помощи в армейских условиях, в качестве передвижного лазарета. Этот труд положил начало созданию отечественного санитарного транспорта.

Первая мировая война, начавшаяся в 1914 г., многое изменила в развитии скорой медицинской помощи. Материальные ресурсы были переориентированы на фронт. Из полицейских участков исчезли кареты А.И.Кузнецовой; Долгоруковская станция прекратила свое существование, а единственный в Москве санитарный автомобиль был мобилизован для перевозки раненых. Прекратили также свою работу станции Петрограда и многих других крупных городов России.

Октябрьские события 1917 г. не решили проблемы: Москва еще целых два года продолжала существовать без скорой помощи.

Только в 1919 г. вышло решение Коллегии врачебно-санитарного отдела Московского совета рабочих депутатов, в котором говорилось: «Организовать в Москве Станцию скорой помощи. В первую очередь организовать помощь при несчастных случаях на фабриках и заводах, а затем на улицах города и в общественных местах. Для чего должен быть приглашен заведующий Станцией, коему и поручается организация Скорой медицинской помощи, для обслуживания Станции — 15 врачей, из коих должны быть хирурги, терапевты и хирурги-гинекологи, затем санитары и прочий персонал».

Впервые основным принципом оказания медицинской помощи стала доставка врача к больному.

На должность заведующего Станцией был приглашен доктор В.П.Поморцов. Первый вызов был выполнен 15 октября 1919 года врачом Леонидом Григорьевичем Овосаповым, и с этих пор Станция ни на минуту не прекращала свою работу по оказанию экстренной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается.

С 1920 г. Станцию возглавлял главный врач Шереметьевской больницы Г.М.Герштейн, где Станция была на правах отделения. Деятельность станции продолжала расширяться, увеличивалось количество выездов. Станции требовался руководитель, способный видеть перспективы развития этой службы, заниматься ею каждодневно.

В 1923 г. Станцию возглавил Александр Сергеевич Пучков — выдающийся организатор здравоохранения, создавший в Москве службу скорой медицинской помощи и руководивший ею до дня своей кончины в 1952 г. Его имя теперь носит самая крупная медицинская организация России — Станция скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы.

В 1923 г. была введена должность старшего дежурного врача.

В 1926 г. при Станции был организован дежурный пункт неотложной помощи для обслужива-

ния внезапно заболевших на дому. В этих случаях к больным выезжали врачи на мотоциклах с колясками, а затем — на маленьких машинах. Количество таких выездов увеличивалось с каждым месяцем, и наступил такой период, когда на «Скорою» было невозможно дозвониться. В связи с этим было решено выделить неотложную помощь из состава Станции и передать ее в ведение районных отделов здравоохранения. За Станцией было оставлено только методическое руководство этой службой и помощь в необходимых случаях.

В 1927 г. создается еще один вид неотложной помощи — психиатрический. Со станции высылалась машина с врачом-психиатром к больным, находящимся в состоянии возбуждения, являющимся социально опасными для окружающих.

А.С.Пучкова беспокоило, что бригады скорой помощи не могут быстро добраться до места происшествия. «Москва растет, — писал начальник Станции, — и именно сейчас надо вводить в работу скорой помощи принцип децентрализации бригад при централизации управления».

В конце 1930 г. удалось добиться открытия подстанции на территории Первой Градской больницы. В 1933 г. на территории Боткинской больницы начала работать 2-я подстанция. В том же году была открыта 3-я подстанция, на Симоновском валу, на территории Первой Таганской больницы (ныне 13-я городская больница). Потребовалось еще три года, чтобы открыть в районе Киевского вокзала на Брянской улице 4-ю подстанцию. В 1939 г., в связи с открытием Всесоюзной сельскохозяйственной выставки, была пущена в строй 5-я подстанция при Ростовской больнице, а в 1940 г. — 6-я при Благушинской больнице.

За годы своей деятельности Станция росла и развивалась, претерпевала трудности и реорганизации, принимала активное участие в ликвидации эпидемий, и каждый день ее сотрудники делали свое трудное дело, не считаясь с усталостью и отсутствием самого необходимого. Они просто выполняли свой долг.

Летом 1940 г. Станция скорой медицинской помощи была выделена из состава института им. Н.В.Склифосовского в самостоятельное медицинское учреждение, с непосредственным подчинением Мосгорздравотделу.

С началом Великой Отечественной войны Станция перестроилась применительно к новым условиям, проявляя истинный героизм при оказании медицинской помощи населению, она была единственной Станцией в стране, работавшей в военное время бесперебойно и с тем же количеством бригад, что и в мирное время.

Главный хирург Красной Армии академик Н.Н.Бурденко считал, что опыт Московской скорой в годы Великой Отечественной войны может быть использован для внесения корректив в организацию военно-полевой хирургии.

В послевоенные годы на Станции проводилась большая работа по созданию нового санитарного автомобиля на базе «ЗИС-110». Работа велась настолько интенсивно, что в 1947 г. на улицах города появились новые санитарные автомобили.

Послевоенная деятельность Станции характеризовалась и рядом крупных организационных мероприятий. В 1946 г. А.С.Пучков завершил диссертационную работу на тему: «Организация скорой медицинской помощи в г. Москве», в которой обобщил двадцатипятилетний опыт по созданию службы скорой помощи.

После смерти А.С.Пучкова в 1952 г. обязанности начальника Станции исполнял Н.А.Ромодин. С 1954 до 1961 гг. Станцию возглавлял А.Ф.Шведов.

В 1957 г. А.Ф.Шведов организовал двухстороннюю радиосвязь выездных бригад с оперативным отделом. В 1960 г. им были созданы специализированные бригады: для оказания помощи пострадавшим при травмах (противошоковая бригада) и токсикологическая.

В конце 50-х годов стало широко развиваться городское строительство. Это побудило к необходимости открытия новых подстанций. В 1958 г. была открыта 7-я подстанция, а к 1960 г. введены еще пять новых подстанций.

В 1962 г. по инициативе Л.Б.Шапира создаются специализированные бригады по оказанию помощи при тяжелых формах инфаркта миокарда.

В годы руководства Станцией Л.Б.Шапира широкое развитие получила специализированная служба. В этот период на Станции появляются новые типы бригад — неврологическая и педиатрическая.

Надо отметить, что Л.Б.Шапира был противником объединения служб скорой и неотложной помощи. Он был убежден, что в условиях объединения «скорая» потеряет присущую ей оперативность, способность работать в экстремальных условиях.

С августа 1970 до 1984 г. Станцию возглавлял Н.М.Каверин. Под его руководством произошло объединение Станции скорой медицинской помощи с районными пунктами неотложной помощи, но вскоре стало ясно, что возможности Станции не позволяют обеспечить ее бесперебойную

работу в рамках объединения. К 1979 г., благодаря энергичной деятельности Николая Михайловича Каверина, многие из перечисленных проблем были решены.

Под непосредственным руководством Н.М.Каверина была реорганизована работа оперативного отдела, введены должности старших диспетчеров и старших эвакуаторов. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи на подстанциях появились старшие врачи — заместители заведующих по лечебной работе.

Благодаря усилиям Н.М.Каверина количество подстанций достигло 40. Московская станция скорой и неотложной медицинской помощи превратилась в одно из крупнейших медицинских учреждений бывшего СССР. В эти годы в условиях интенсивного роста Станции укрупнялись такие вспомогательные службы, как отдел связи, технический отдел, служба ремонта.

В 1984–1992 гг. Станцией руководил А.В.Шматов. В этот период уделялось много внимания проблемам автоматизации управления. Были введены АСУ — госпитализации, кадров, тарификации, бухгалтерии, разработаны и введены территориально-зональный метод обслуживания населения, зональный принцип госпитализации больных и пострадавших.

В 1995 г. разрабатывается концепция развития и реформирования службы скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы, а в 1996 г. Правительством Москвы утверждена Программа развития и реформирования службы скорой и неотложной медицинской помощи на 1996–2000 гг.

В соответствии с разработанной программой развития в 1998 г. была введена КАСУ Станции, а за период с 1996 по 2004 гг. введено в строй 32 новых подстанции.

В настоящее время в рамках реализации Правительственной программы «Система навигации и телематики для городского управления и населения» проводится опытная эксплуатация системы навигации и позиционирования. Данная система предусматривает создание единого информационного поля передачи различной информации — речевой, компьютерных данных, специальных сигналов с автомобиля скорой помощи — на базе современных телекоммуникационных технологий.

В октябре 2004 г. Московской станции скорой и неотложной помощи им. А.С.Пучкова исполняется 85 лет.

Поступила в редакцию 10.06.2004 г.

УДК 614.88

70 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ ОМИЧЕЙ

С.Б.Трифонов, О.П.Голева, А.И.Натапов, А.П.Савостиков

*Омская государственная медицинская академия,
Станция скорой медицинской помощи, Омск, Россия*

© Коллектив авторов, 2004 г.

Первые сведения об организации неотложной медицинской помощи жителям г. Омска относятся к началу XX века.

В октябре 1905 г. группа врачей внесла на рассмотрение Омского медицинского общества, существующего на членские взносы и пожертвования отдельных лиц, проект организации скорой и неотложной медицинской помощи жителям города в ночное время. Врачи города, добровольно изъявившие желание на ночные дежурства у себя на дому, сообщают об этом секретарю общества или прямо в аптеку. Секретарь общества развешивает объявления в людных местах с указанием фамилий, специальности и домашних адресов врачей, а также дней недели, в которые врач оказывает помощь в ночное время.

Оплата врачам за их ночную работу была на совести родственников больных и пострадавших. С этого момента неотложная терапевтическая помощь населению на дому оказывалась на общественных началах дежурными городскими вольнопрактикующими врачами Омского медицинского общества.

Хирургическая помощь осуществлялась в хирургическом отделении городской больницы. Больных в стационар доставляли попутным транспортом. На неоднократные просьбы населения и медицинской общественности города о выделении отапливаемой комнаты, извозчика с казенной лошастью и средств на оплату работы врача и фельдшера городские власти отвечали отказом, ссылаясь на отсутствие средств.

После установления Советской власти в начале 20-х годов был организован пункт скорой помощи с круглосуточным дежурством фельдшера, оказывающего неотложную помощь на дому. В его распоряжении была простая одноколенная коляска для выездов и деревянный ящик с необходимыми медикаментами.

В мае 1934 г. переехавший из Новосибирска в Омск профессор М.С.Рабинович явился инициатором организации первой станции скорой медицинской помощи на самостоятельном бюджете.

В резолюции секции здравоохранения Омского горсовета по докладу горздрави о контроль-

ных цифрах на 1935 г. значится: «...врачи помощи на дому и санитарные врачи города не имеют транспорта, что значительно снижает продуктивность их труда. Станция скорой помощи носит только громкое имя, фактически же оно обесценено и не отвечает своему назначению, так как дежурит только одна машина с одним врачом и средним медработником. Вследствие чего при выезде ее к больному и поступлении одновременно второго вызова помощь второму больному оказана быть не может...».

В газете «Омская правда» от 14 июля 1935 г. вышла статья «Скорая помощь без автомашин»: «Городская скорая помощь, имеющая одну автомашину, явно не справляется со своей работой и вызывает справедливые нарекания населения. Ежедневно получается в среднем 45 вызовов не только в городе, но и с пригородных ферм, совхозов, строителей. А машина часто бывает в ремонте. Облисполком 10 апреля 1935 г. обязал горсовет расширить скорую помощь, предоставить ей новое помещение при хирургической больнице и пополнить транспортом...».

В 1936 и 1937 гг. открылись станции скорой помощи соответственно Ленинского и Кировского районов.

В 50-е годы были открыты еще две станции скорой помощи, в Октябрьском и Советском районах. С апреля 1961 г. Омский горздравотдел приступил к объединению районных станций скорой помощи в Городскую станцию скорой медицинской помощи. Был создан единый административно-управленческий аппарат, который возглавил Ю.М.Блинов. При его непосредственном участии были организованы первые специализированные бригады и спецподстанция, выделены педиатрические бригады, создан оперативный отдел, организована автобаза, радиофицирован санитарный транспорт.

В настоящий момент МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» — крупное медицинское учреждение, в составе которого работают 269 врачей, 664 фельдшера, 163 санитар и 71 человек технического персонала.

Ежегодно медицинская помощь оказывается каждому третьему жителю города Омска. За 2003 г. выполнено более 401 000 вызовов, обращаемость составила 348,4 на 1000 населения.

В составе станции 11 подстанций скорой помощи, расположенных во всех административных округах. Ежедневно на линию выходят до 98 бригад скорой помощи, из них 22 специализированных.

В соответствии с Приказом МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г. с 2001 г. в составе станции идет формирование фельдшерских линейных (лечебно-эвакуационных) бригад. В течение 2003 г. работало 17 таких бригад.

Организован подбор и подготовка руководителей линейных фельдшерских бригад. Практикуется рациональная система составления графиков дежурств с учетом почасовой нагрузки.

Внедрены алгоритмы госпитализации больных с острой церебральной патологией и с острым коронарным синдромом. Эффективно используются стандарты (протоколы действий) врачебных и фельдшерских бригад, на основе стандартов, разработанных в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Организована работа старшего дежурного врача-консультанта, к которому за 2003 г. обратились более 63 000 граждан, причем более чем в 20 000 случаев обошлось без выезда скорой помощи (условная экономия финансовых средств превысила 11 млн руб.).

Медицинские перевозки на станции осуществляются централизованно, через единого диспетчера, что позволяет более эффективно использовать транспорт, избегать встречных перевозок и порожнего пробега. Это позволило повысить эффективность работы транспортных (эвакуационных) бригад более чем в 1,5 раза.

Совместно с Республиканским медицинским колледжем МЗ РФ разработана программа подготовки руководителей фельдшерских линейных (лечебно-эвакуационных) бригад.

Подготовлен проект целевой программы «Скорая медицинская помощь», реализация которой позволит изменить существующую систему оказания скорой медицинской помощи населению г. Омска на догоспитальном этапе, повысить ее своевременность, доступность и преемственность.

Поступила в редакцию 20.12.2003 г.

ЛЕОНИД БОРИСОВИЧ ШАПИРО. К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ



21 июня 2004 г. исполняется 100 лет со дня рождения одного из выдающихся организаторов отечественного здравоохранения Леонида Борисовича Шапиро.

В 1952 г. Леонид Борисович пришел на Станцию скорой медицинской помощи г. Москвы, а с 1961 по 1970 гг. руководил ею.

В начале 60-х годов на московской «скорой» началось создание специализированных бригад. Под руководством Л.Б.Шапиро продолжалось дальнейшее совершенствование оказания специализированной помощи. Создаются специализированные бригады по оказанию помощи при тяжелых формах инфаркта миокарда. Одновременно в ряде крупнейших московских клиник были организованы специальные палаты, куда больные доставлялись, минуя приемные отделения. Это позволило решить вопрос о разработке единой тактики ведения пациентов и преемственности лечения.

В эти годы расширяются контакты Станции с ведущими клиниками Москвы (академиков В.Н.Виноградова и Н.К.Боголепова, НИИ им. Н.В.Склифосовского, профессоров Д.А.Арапова, Б.А.Петровского, С.Г.Моисеева, П.Л.Сухина, В.В.Лебедева). Это был новый этап развития Московской станции скорой помощи.

Под руководством Леонида Борисовича на Московской станции скорой медицинской помощи появились новые типы бригад — неврологическая и педиатрическая, функционально базированные в клиниках и научно-исследовательских институтах.

В 1962 г. создается специализированная подстанция, где были сосредоточены бригады всех профилей. Этот период — время наивысшего подъема научно-практической работы на Станции, которая оказала большое влияние на развитие методов оказания экстренной помощи больным и пострадавшим.

Большое значение Л.Б.Шапиро придавал профессиональной подготовке как врачей, так и среднего медицинского персонала. По его инициативе был проведен ряд научных конференций и семинаров.

В период руководства Л.Б.Шапиро Станция скорой помощи Москвы пользовалась высоким авторитетом у населения и в медицинских учреждениях столицы.

Л.Б.Шапиро не только сохранил, но и приумножил традиции, заложенные А.С.Пучковым.

Поступила в редакцию 10.06.2004 г.

Государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Приглашает

*на базе среднего (полного) общего образования
на дневное, заочное отделения и экстернат по специальностям:*

1. Медицинская оптика

- базовый уровень — техник-оптик
- повышенный уровень — медицинский оптик-оптометрист

2. Монтаж, техническое обслуживание, ремонт медицинской техники

- базовый уровень — техник-электроник
- повышенный уровень — старший техник-электроник

12-я Красноармейская 2/23-1 (технический корпус)

На дневное отделение по специальностям:

3. Лечебное дело — фельдшер

Старый Петергоф, Собственный пр., д. 3 (медицинский корпус № 1)

4. Сестринское дело — медицинские сестры

5. Лабораторная диагностика — лабораторный техник

ул. Рузовская, д. 18 (медицинский корпус № 2)

*На базе основного общего образования и среднего (полного) общего образования
на дневное отделение по специальностям:*

Сестринское дело — медицинские сестры

Пискаревский пр., д. 47, пом. 6 (медицинский корпус № 3)

Телефоны приемной комиссии:

- 251-31-84 — технические специальности
- 543-02-50, 543-02-64, 316-62-74 — сестринское дело
- 316-62-74 — лабораторная диагностика

Вниманию рекламодателей!
Российский научно-практический журнал
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
публикует информационные и рекламные материалы.
Стоимость размещения рекламы:

1 полоса полноцветная (4-я страница обложки)	600 усл. ед.
1 полоса полноцветная	500 усл. ед.
1 полоса черно-белая	250 усл. ед.
1/2 полосы черно-белая	125 усл. ед.
Статья на правах рекламы (до 2 полос) (включая НДС)	200 усл. ед.

Наш адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41,
Медицинская академия последипломного образования,
редакция журнала «Скорая медицинская помощь».
Тел./факс: (812) 588 43 11.
Электронная почта: mapo@mail.lanck.net

«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-3411 от 10 мая 2000 г.

Адрес редакции:

191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».
Тел./факс: (812) 588 43 11. Электронная почта: mapo@mail.lanck.net.

Оригинал-макет подготовлен ООО «ПринтЛайн», тел./факс: (812) 988-98-36.

Подписано в печать 3.09.2004 г. Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура школьная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 10. Тираж 1000 экз. Цена договорная.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Эндотрахеальная интубация – теперь это просто!

С манекеном LAMT Вы легко научитесь интубировать.

Будем знакомы – LAMT!

Laerdal Airway Management Trainer – учебный манекен, реалистично имитирующий верхнюю часть торса и голову взрослого человека, и, конечно, анатомически верные верхние дыхательные пути. Позволяет практиковаться в интубации трахеи, глотки и пищевода.

Как контролировать?

- ▶ Зрительный контроль раздувания лёгких.
- ▶ Возможна аускультация дыхательных шумов.

Если захотелось приключений:

- ▶ Симуляция регургитации и аспирации рвотных масс.
- ▶ Возможность выполнения приёма Селика.
- ▶ Имитация ларингоспазма.

А что ещё можно?

Проводить ИВЛ при помощи дыхательного мешка или PocketMask, установить ларингиальную маску или комбитьюб, использовать аспиратор для очистки полости рта или интубационной трубки, подключать аппарат искусственной вентиляции лёгких.

Комплектация: манекен на твёрдой пластине, концентрированный имитатор рвотных масс, комплект для очистки, силиконовая смазка.

К каждому манекену прилагается демонстрационная модель воздушных путей.



Laerdal

helping save lives



ООО «Рипл» – эксклюзивный дилер компании LAERDAL.

Осуществляет продажу, доставку и сервис всего спектра оборудования этой и ряда других зарубежных фирм.

127055 Москва, ул. Лесная, 43, офис 539
тел. (095) 258 25 24, факс (095) 978 66 02
e-mail: info@reepl.ru <http://www.reepl.ru>



*12 лет
безупречной
работы*



официальный дилер

ТДВ - АВТО

Санкт-Петербург, ул. Коммуны, 16

Тел.: (812) 521-4613

E-mail: ford@tdv-auto.ru